Rapport annuel *de gestion*

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue

2009 - 2010

Québec

Adopté par résolution du conseil d'administration le 29 septembre 2010

Ce document a été réalisé par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1 819 764-3264
Télécopieur : 1 819 797-1947
Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Manon Cliche, agente administrative, pour la conception graphique, sous la coordination de Nicole Desgagnés, directrice de l'organisation des services sociaux et ententes de gestion, en collaboration avec le personnel de toutes les directions et service.

ISBN : 978-2-89391-458-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89391-459-6 (version pdf)

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2010
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2010

Note : Afin de ne pas alourdir les textes, le masculin inclut le féminin.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée. Ce document est également disponible en médias substituts, sur demande.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Liste des sigles et acronymes vii
Liste des tableaux ix

Mot de la présidente du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale xi

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents xiii

1 Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

Mission, territoire, population 3
Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence 4
Communications 6
Réseau d'établissements de santé et de services sociaux 7
Organismes communautaires 8
Conseil d'administration 8
Instances consultatives 9
- Commission infirmière régionale 9
- Commission multidisciplinaire régionale 10
- Comité de vigilance et de la qualité 11
- Comité régional d'accès aux services en langue anglaise 12
- Comité régional sur les services pharmaceutiques 13
- Département régional de médecine générale 14
- Forum de la population 15
- Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 15

2 Activités de l'Agence

Grands défis de l'année 19
- Certification des résidences privées 19
- Développement des communautés 19
- Informatisation du réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) 20
- Navette Abitibi-Témiscamingue-Outaouais 20
- Périnatalité 21
- Programme de formation *Agir auprès de la personne âgée* 21
- Santé au travail 21
- Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM) 22

Affaires médicales 23
- Groupes de médecine de famille 23
- Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité 24
- Unité de médecine familiale 26
- Clientèle orpheline 27
- Réseau universitaire intégré de santé McGill 28

Activités régionales en santé et services sociaux 29
- Amélioration de la qualité des services 29
  - ↳ Agrément des établissements 29
  - ↳ Comité des usagers 29
  - ↳ Mesures de contrôle, contention et isolement 30
  - ↳ Enquête et analyse en gestion de risques 30
  - ↳ Facteurs humains en relation avec la sécurité des patients 30
  - ↳ Plaintes à l'Agence et dans les établissements 30
  - ↳ Recommandations du coroner 32

↳ Visites d'appréciation de la qualité des services 32
↳ Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 32
Communautés autochtones 33
Services préhospitaliers d'urgence 35
Violence faite aux femmes 36

Programmes de services

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 37
↳ Accès aux services 37
↳ Activités de jour et répit-dépannage 38
↳ Réinsertion sociale – Déficience intellectuelle 39
↳ Services spécialisés – Trouble envahissant du développement 39
↳ Soutien à domicile – Déficience intellectuelle – Trouble envahissant du développement 40

Déficience physique 42
↳ Services aux personnes aux prises avec un traumatisme craniocérébral léger 42
↳ Services spécialisés 42
↳ Soutien à domicile 43

Dépendances 45
↳ Jeu pathologique 45
↳ Services de première ligne - Toxicomanie 45
↳ Dépendance aux opioïdes 46
↳ Liaison à l'urgence 47

Jeunes en difficulté 48
↳ Équipe d'intervention jeunesse 48
↳ Expertise psychosociale 48
↳ Plan de formation jeunesse 49
↳ Programme de qualification des jeunes 49
↳ Services de première ligne - Jeunes et leur famille en difficulté 50
↳ Services de deuxième ligne – Jeunes et leur famille en difficulté 50
↳ Services d'intervention en situation de crise 51
↳ Supervision des droits d'accès 51

Perte d'autonomie liée au vieillissement 53
↳ Maintien dans la communauté – Places de soins post-hospitaliers 53
↳ Maintien dans la communauté – Places d'hébergement non institutionnelles 53
↳ Maintien dans la communauté – Soutien en logement social 54
↳ Maintien dans la communauté – Soutien des proches aidants 54
↳ Certification des résidences privées 55
↳ Services dans la communauté – Perte d'autonomie liée au vieillissement 56
↳ Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 56
↳ Informatisation du RSIPA 57

Santé mentale 58
↳ Services de crise et d'intégration dans la communauté 58
↳ Services de première ligne – Santé mentale 59
↳ Services de deuxième ligne – Santé mentale 61
↳ Services d'urgence – Santé mentale 62
↳ Services d'intégration dans la communauté – Santé mentale 62

Santé physique 64
↳ Accessibilité à des services de diagnostic 64
↳ Cardiologie tertiaire 65
↳ Chirurgie 66
↳ Lutte contre le cancer 67

↳ Lutte à la pandémie 67
↳ Maladies chroniques 70
↳ Services d'urgence 70
↳ Soins palliatifs 71

Santé publique 72
↳ Habitudes de vie et maladies chroniques – Dépistage du cancer du sein 72
↳ Prévention des maladies chroniques 73
↳ Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural 74
↳ Jeunes et famille – École en santé 75
↳ Jeunes et famille – Promotion et prévention 76
↳ Prévention des chutes chez les personnes âgées 77
↳ Maladies infectieuses – Immunisation 77
↳ Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang 79
↳ Prévention et contrôle - Infections nosocomiales 79
↳ Santé au travail 81
↳ Santé environnementale 82
↳ Surveillance de l'état de santé 83

Services généraux 84
↳ Services infirmiers et psychosociaux généraux 84

Programmes de soutien

Administration et soutien aux services 85
↳ Équilibre budgétaire 85
↳ Personnel du réseau et du Ministère 85
↳ Planification de la main-d'œuvre 86
↳ Recrutement de la main-d'œuvre 88
↳ Recrutement et rétention des cadres 89
↳ Infirmière praticienne spécialisée de première ligne 89
↳ Formation *Agir auprès de la personne âgée* 90

Ressources informationnelles 91
↳ Plan directeur régional en ressources informationnelles 91

Gestion des bâtiments et des équipements 94
↳ Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière 94
↳ Programmes fonctionnels et techniques 94

3. Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

Respect des règles et des normes édictées par le MSSS 99
Comité de partenariat 99

4. Données financières

Situation financière de l'Agence 103
↳ Rapport de la direction 103
↳ Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 104
Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2010 117
↳ Constitution et objets 117
↳ Principales différences avec les principes comptables généralement reconnus 117
↳ Conventions comptables 117
↳ Flux de trésorerie 121
↳ Emprunt bancaire – Enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements 121
↳ Dette à long terme 121
↳ Régimes de retraite 122
↳ Engagements 123
↳ Engagements budgétaires 123
↳ Opérations entre apparentés 124
Situation financière des établissements 125
Subventions aux organismes communautaires 127

5. Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

Introduction 133
Déclaration de principe 134
Objectif du code d'éthique 135
Personnes concernées par le code d'éthique 135
Devoirs et obligations 135
Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités 136
Déclaration d'intérêt 136
Activités politiques 137
Règles relatives aux assemblées 137
Interdiction des pratiques reliées à la rémunération 137
Devoirs et obligations de l'après-mandat 138
Mécanisme d'application et de respect du code 138
Enquête et immunité 139
Publicité du code d'éthique 139
Déclaration des intérêts des administrateurs publics – Code d'éthique 140
Engagement personnel – Code d'éthique 141

Liste des sigles et acronymes

C.	Chapitre
AES	Approche École en santé
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AMP	Activité médicale particulière
ANPSS	Algonquin Nation Program and Services Secretariat
BAPE	Bureau des audiences publiques sur l'environnement
BCM	Bilan comparatif des médicaments
CA	Conseil d'administration
CAFE	Crise Ado-Famille-Enfance
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCSAT	Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue
CH	Centre hospitalier
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIR	Commission infirmière régionale
CJ	Centre jeunesse
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRSP	Comité régional des services pharmaceutiques
CSA	Centre de services autorisés
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSAB	Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales
CSSSEA	Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi
CSSSLT	Centre de santé et de services sociaux du Lac-Témiscamingue
CSSSRN	Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda
CSSSTK	Centre de santé et de services sociaux de Témiscaming-et-de-Kipawa
CSSSVO	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or
CSSSPNQL	Commission de santé et de services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directeur des services professionnels
DSQ	Dossier de santé du Québec
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ETC	Équivalent temps complet
FTSA	Fonds de transition pour la santé des autochtones
GMF	Groupe de médecine de famille
GPMO	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
HLM	Habitation à loyer modique
ICCA	Institut Canadien des Comptables Agréés
I-CLSC	Cadre normatif Système d'information sur la clientèle et les Services des CLSC
ICI	Intervention comportementale intensive
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPM	Index patient-maître
IPS	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne

ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LRQ	Lois refondues du Québec
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MPLS	Multi Protocol Label Services
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N/D	Non disponible
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMH	Office municipal d'habitation
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORIIAT	Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PACS	Picture archiving and communication system
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDRRI	Plan directeur régional des ressources informationnelles
PFT	Programme fonctionnel et technique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQJ	Programme de qualification des jeunes
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RITM	Réseau intégré de télécommunication multimédia
RLS	Réseau local de services
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RID	Répertoire d'imagerie diagnostique
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SATAS	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments
SDA	Supervision des droits d'accès
SGF	Société de gestion du fonds pour la promotion des saines habitudes de vie
SIC-SRD	Système information clientèle – Services de réadaptation dépendances
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
SNT	Site non traditionnel
SIPPE	Service intégré en périnatalité et pour la petite enfance
SIMASS	Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIV	Soutien d'intensité variable
S.O.	Sans objet
SRMO	Stratégie régionale de main-d'œuvre
TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
TED	Trouble envahissant du développement
UMF	Unité de médecine familiale

Liste des tableaux

Tableau 1	Effectifs de l'Agence au 31 mars 2010	5
Tableau 2	Établissements de santé et de services sociaux au 31 mars 2010	7
Tableau 3	Corridors de services au 31 mars 2010	7
Tableau 4	Effectifs des établissements au 31 mars 2010.	7
Tableau 5	Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au 31 mars 2010.	8
Tableau 6	Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2010	8
Tableau 7	Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2010	9
Tableau 8	Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2010	10
Tableau 9	Membres du Comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2010	11
Tableau 10	Membres du Comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2010	12
Tableau 11	Membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2010	13
Tableau 12	Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2010	14
Tableau 13	Membres du Forum de la population au 31 mars 2010	15
Tableau 14	Membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2010.	16
Tableau 15	Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité pour l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2010	25
Tableau 16	Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée au 31 mars 2010	26
Tableau 17	Bilan des plaintes reçues à l'Agence au 31 mars 2010	31
Tableau 18	Plaintes traitées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services au 31 mars 2010.	31
Tableau 19	Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les établissements au 31 mars 2010	32
Tableau 20	Fonds d'exploitation – État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2010.	105
Tableau 21	Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2010.	106
Tableau 22	Fonds d'exploitation - État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2010.	107
Tableau 23	Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées - Bilan au 31 mars 2010.	108
Tableau 24	Fonds d'immobilisations - Bilan au 31 mars 2010.	109
Tableau 25	Fonds affectés cumulés - Bilan au 31 mars 2010.	110
Tableau 26	Fonds affectés cumulés – État des résultats au 31 mars 2010.	111
Tableau 27	Fonds affectés cumulés – État des soldes de fonds au 31 mars 2010.	112
Tableau 28	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2009-2010	113
Tableau 29	Fonds affectés – Sommaire des bilans au 31 mars 2010	114
Tableau 30	Fonds affectés – Sommaire des résultats au 31 mars 2010.	115
Tableau 31	Fonds affectés – Sommaire des soldes de fonds au 31 mars 2010.	116
Tableau 32	Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2010.	125
Tableau 33	Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2010.	126
Tableau 34	Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2010.	127

Mot de la présidente du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a coordonné plusieurs grands dossiers cette année. Deux activités significatives se sont révélées des succès retentissants pour l'organisation. Il s'agit d'abord de la lutte à la pandémie de grippe A(H1N1) qui a mobilisé le personnel dans toutes les sphères du réseau de la santé et des services sociaux. Ensuite, l'Agence a comparu à la Commission de la santé et des services sociaux pour présenter ses orientations et les résultats de son plan d'action depuis les quatre dernières années.

Un troisième projet ambitieux concernait la rédaction et la diffusion de bottins de ressources sur les services offerts en Abitibi-Témiscamingue. Ces livrets informatifs visaient à améliorer l'accès aux soins et aux services pour la population de la région.

Réalisation et diffusion de six répertoires des ressources

L'Agence a procédé, en juin 2009, au lancement officiel de six répertoires des ressources contenant les principaux services de santé et services sociaux offerts dans chacun des territoires de services de la région. Ce document a été le fruit d'une collaboration soutenue avec tous les établissements de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que le Forum de la population.

Présentées sous la forme d'un livret compact, les rubriques indiquent les coordonnées pour accéder à l'ensemble des services d'urgence ou médicaux et s'adressent aux différentes catégories de population, c'est-à-dire les jeunes, les parents, les aînés, etc. De plus, une section identifie spécifiquement les ressources mises en place pour les droits des usagers ainsi que les services offerts par les organismes communautaires. Plus de 65 000 bottins ont été distribués dans la région.

Lutte à la pandémie de la grippe A(H1N1)

La vaccination aura été, sans conteste, une activité très significative dans la lutte à la pandémie de la grippe A(H1N1). Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, 68,6 % des personnes ont été vaccinées contre ce virus. Ce résultat prouve que les Témiscabitibiens se sont davantage prévalus de cette protection que le reste de la population québécoise. En effet, le taux de vaccination au Québec a été de 57,8 %.

La population a également pu compter sur l'efficacité du système de santé. Cette grippe pandémique a eu un fort impact sur les services de première ligne avec un taux d'attaque de 18 %. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont pu y faire face de manière compétente par un bon niveau de préparation. L'introduction de mesures des plus efficientes, comme la clinique de grippe ainsi que la pratique précoce et très répandue du prétriage dans les établissements, a grandement contribué à la gestion de cette affluence. Le système de première ligne ainsi bien préparé a pu réagir à la demande de façon satisfaisante.

D'ailleurs, il faut particulièrement souligner l'effet remarquable de l'éducation populationnelle à travers, entre autres, le Guide autosoins. Si le système de santé a pu répondre de manière efficace à la demande en première ligne, c'est en grande partie grâce à la population qui a suivi les consignes de ce guide. La discipline et la maturité dont ont fait preuve les citoyens de l'Abitibi-Témiscamingue ont donc contribué, de façon significative, à rendre plus facile la tâche des équipes de soins.

Nous tenons à exprimer encore une fois notre reconnaissance à l'ensemble du personnel, aux bénévoles et aux partenaires du réseau sociosanitaire de la région. Nous sommes conscientes que l'organisation des services liés à l'importante opération entourant la grippe A(H1N1) a sollicité leur professionnalisme, leur dévouement et leur empathie dans des proportions hors du commun. C'est avec fierté, mais sans étonnement, que nous constatons à quel point le personnel et les bénévoles ont fait preuve de ces qualités avec une vigueur marquante au cours des derniers mois.

L'Agence est persuadée que la généreuse contribution des médias a été un facteur important dans cette réussite. Tout au long de cette opération, le réseau de la santé et des services sociaux a été confronté à plusieurs enjeux, dont le scepticisme et l'appréhension des gens face au vaccin, aux changements d'horaires et même à la séquence de la vaccination. Il fallait communiquer avec justesse et célérité. Les médias, tout en conservant leur rigueur professionnelle, ont su diffuser une information juste et claire qui a permis de rassurer la population à maintes reprises.

La comparution devant la Commission de la santé et des services sociaux

Le 4 février 2010, l'Agence a comparu devant la Commission de la santé et des services sociaux, au Parlement de Québec, pour l'examen de sa gestion des quatre dernières années. Cet exercice de reddition de comptes portait sur les rapports annuels de gestion de l'Agence de 2005 à aujourd'hui.

Les représentants de l'Agence ont pu partager les défis et les enjeux qui caractérisent l'organisation des services de santé et des services sociaux de la région. Ils ont également fait état des priorités d'action et des initiatives mises de l'avant par l'Agence, les établissements et les organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services rendus à la population.

Les efforts de l'Agence dans l'amélioration de l'accessibilité des services ont été soulignés. En effet, alors qu'elle comptait 135 omnipraticiens en 2002-2003, la région en dénombre aujourd'hui 177 sur un plan estimant les besoins à 205 médecins, soit une augmentation de 31 %. Au cours de la même période, le nombre de médecins spécialistes est passé de 93 à 123, ce qui indique une amélioration de plus de 32 % sur un plan de besoins de 163.

L'Agence et les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont particulièrement impressionné les membres de la Commission par leur saine gestion. L'Abitibi-Témiscamingue est la seule région du Québec qui réussit, depuis sept ans, à être en équilibre budgétaire!

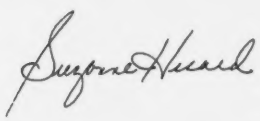
Aux termes de la comparution, le président de la Commission, M. Geoffroy Kelly, a félicité l'Agence. S'en sont suivis des applaudissements de l'auditoire.

Conclusion

En terminant, à titre de présidente du conseil d'administration et de présidente-directrice générale, nous désirons remercier le personnel de l'Agence et du réseau pour leurs actions constantes en faveur des usagers. Il nous fait plaisir de partager avec vous ce bilan sur les enjeux et les réalisations qui caractérisent la promotion de la santé et du bien-être ainsi que l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre région. Nous espérons que les données présentées susciteront votre intérêt et une fierté pour ce réseau qui vous dessert.

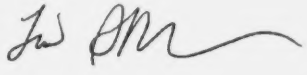
Bonne lecture!

La présidente du conseil d'administration,



Suzanne Huard

La présidente-directrice générale,



Lise St-Amour

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009 – 2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009 – 2010.

Lise St-Amour
Présidente-directrice générale

1

Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

1 Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

Mission, territoire, population

Mission

Le gouvernement a institué, dans chaque région qu'il a délimitée, une agence de la santé et des services sociaux (art. 339 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, L.R.Q. c. S-4.2).

L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Territoire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est limitée à l'ouest par la frontière du Québec et de l'Ontario, au nord, par le 49e parallèle et, du sud à l'est, par les municipalités régionales de comté (MRC) de Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Haut-Saint-Maurice. C'est l'une des plus vastes régions du Québec avec quelque 65 000 km² de superficie; les distances y sont donc importantes. Ainsi, il faut compter près de 400 kilomètres de route entre Senneterre, au nord-est, et Témiscaming, au sud-ouest.

Au total, 65 municipalités se partagent le territoire, sans compter onze territoires non organisés. À ces derniers s'ajoute la population algonquine qui se répartit entre les quatre réserves indiennes de Kebaowek, Timiskaming, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik.

Population

Les dernières estimations de Statistique Canada dénombrent 145 886 personnes en Abitibi-Témiscamingue[1]. La région se divise en six réseaux locaux de services (RLS) qui correspondent aux territoires des CSSS. Les plus peuplés sont ceux des CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui regroupent respectivement 29,3 % et 27,9 % de la population régionale. Les CSSS Les Eskers de l'Abitibi et des Aurores-Boréales rassemblent, pour leur part, 17,0 % et 14,4 % des Témiscabitibiens. Quant aux territoires les moins populeux, ceux des CSSS du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa, ils comptent 9,1 % et 2,2 % des habitants de la région. La population totale de l'Abitibi-Témiscamingue représente 1,9 % de celle du Québec.

Les Premières Nations sont présentes en Abitibi-Témiscamingue et comptent, en 2009, 6 562 personnes[2] (3 707 résidents et 2 855 non-résidents), ce qui représente 4 % de la population régionale.

Il est à noter que la population témiscabitibienne est un peu plus jeune et compte un peu moins de femmes que la population québécoise.

---

1 Source : Statistique Canada, estimations pour 2009.

2 Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Registre de la population indienne au 31 décembre 2009.

Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence

Plan d'organisation

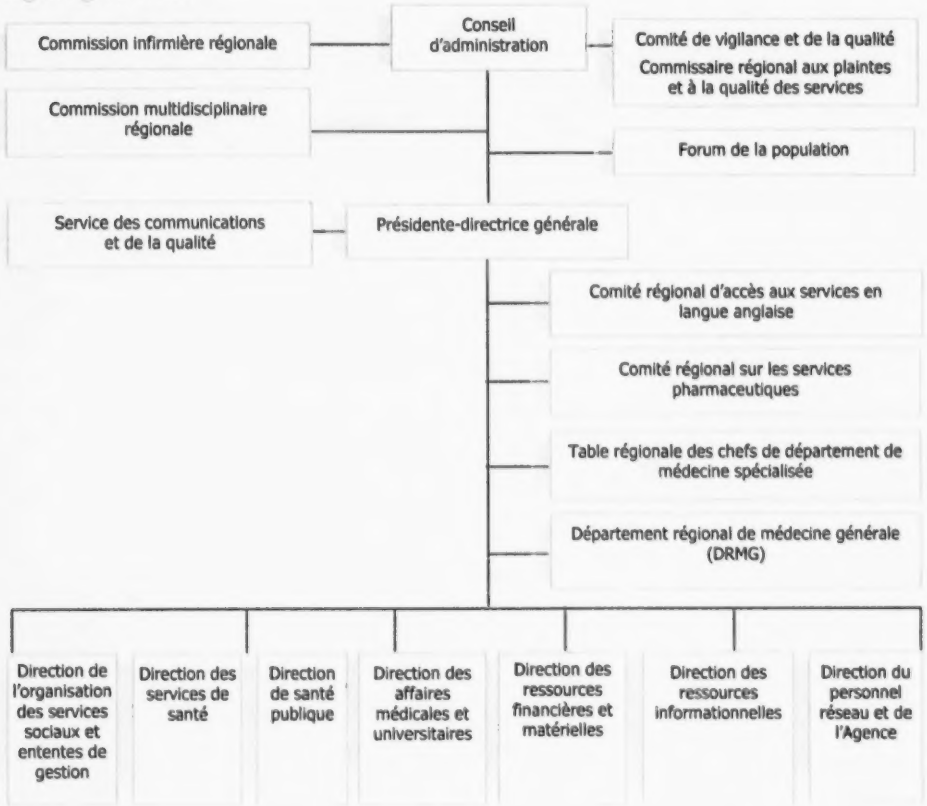
Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de façon à assurer la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la LSSSS. Outre sa mission spécifique de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, l'Agence assume des fonctions reliées :

- à la population et aux usagers;
- à l'allocation des ressources financières;
- à l'organisation des services;
- à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- à la santé publique;
- aux priorités de santé et de bien-être.

L'organisation comprend :

- un conseil d'administration composé de membres issus de la région et assurant la gestion des orientations de l'organisation et l'imputabilité auprès du ministre;
- cinq instances régionales consultatives au conseil d'administration et trois instances régionales consultatives à la présidente-directrice générale, assurant l'expertise utile à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région;
- un bureau de la présidente-directrice générale;
- un Service des communications et de la qualité;
- sept directions :
  Direction de l'organisation des services sociaux et ententes de gestion;
  Direction des affaires médicales et universitaires;
  Direction des ressources financières et matérielles;
  Direction des ressources informationnelles;
  Direction de santé publique;
  Direction des services de santé;
  Direction du personnel réseau et de l'Agence.

Organigramme



Effectifs de l'Agence

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des ressources humaines qui oeuvraient pour l'Agence au 31 mars 2010.

PERSONNEL	2009-2010	2008-2009	Variation
LES CADRES			
• Temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	17	17	0
• Temps partiel	1	0	1
Nombre de cadres équivalents à temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	0,5	0	0,5
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0	0
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS			
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	77	77	0
• Temps partiel	4	5	-1
Nombre d'employés équivalents à temps complet (excluant les employés en sécurité d'emploi)	2	2,6	-0,6
• Nombre de personnes en sécurité d'emploi	0	0	0
LES OCCASIONNELS			
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	10543	14979	-4436
• Équivalents à temps complet	6	8	-2

Note : Les 14 médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont exclus des données du tableau.

Les données ont été corrigées en référence aux résultats indiqués dans le rapport annuel 2008-2009.

Communications

L'Agence reconnaît et encourage le droit à l'information de la population sur les services de santé et les services sociaux de la région, sur leur organisation et sur leur fonctionnement.

Par l'entremise du Service des communications et de la qualité, elle prend les moyens jugés les plus appropriés pour transmettre une information claire, complète, véridique, accessible et la plus objective possible.

Elle cherche à connaître et à comprendre les besoins en information des différents groupes, ciblés à l'interne et à l'externe, et établit une saine relation d'affaires avec les médias d'information locaux, régionaux et nationaux.

En bref, voici les principales productions externes réalisées par l'Agence :

- le rapport annuel de gestion de l'Agence et celui du directeur de santé publique ainsi que le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services;
- les communiqués de presse (53), les entrevues avec les journalistes (560) ainsi que les conférences et les points de presse (22);
- les états de situation (102);
- les relations publiques (participation ou organisation de colloques, forums, rencontres publiques d'information, etc.) et la participation ou la collaboration à des évènements de type socioéconomique;
- les campagnes d'information, publicitaires ou promotionnelles;
- le site Internet de l'Agence;
- l'ensemble des publications (documents, bulletins, dépliants, affiches, etc.) produites par l'Agence et destinées aux publics externes, dont le Conseil en bref, les fascicules thématiques (5) et le Contaminant (ce dernier est produit par la Direction de santé publique à l'intention des partenaires professionnels de la santé).

Réseau d'établissements de santé et de services sociaux

La région de l'Abitibi-Témiscamingue compte dix établissements publics de santé et de services sociaux, chacun ayant son conseil d'administration spécifique.

Tableau 2

Établissements	Missions exploitées				
	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR
CSSS de la Vallée-de-l'Or	✓	✓	✓		
CSSS de Rouyn-Noranda	✓	✓	✓		
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	✓	✓	✓		
CSSS des Aurores-Boréales	✓	✓	✓		
CSSS du Lac-Témiscamingue	✓	✓	✓		
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	✓	✓	✓		
Établissements régionaux					
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue				✓	✓
Centre Normand					✓
CRDI de l'Abitibi-Témiscamingue Clair Foyer					✓
CR La Maison					✓

Tableau 3

Établissements	Fonctions hospitalières régionales
CSSS de la Vallée-de-l'Or	Néphrologie-dialyse, médecine nucléaire, cytopathologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, hématologie, réadaptation active en psychiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie légale
CSSS de Rouyn-Noranda	Périnatalogie, cancérologie pédiatrique, pédiatrie (soins intensifs), ophtalmologie, urologie, oto-rhino-laryngologie, neurologie
CSSS des Aurores-Boréales	Dermatologie, physiatrie, rhumatologie
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Orthopédie, chirurgie buccale et maxillo-faciale, chirurgie plastique, chirurgie thoracique et vasculaire périphérique, traumatologie secondaire

Tableau 4

Personnel	2009-2010	2008-2009	Variation
Personnel cadre			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi)	251	233	18
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi) :			
• Nombre de personnes	27	27	0
• Équivalents temps complet	17	17	0
Personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi	2	3	-1
Personnel régulier			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)	2 317	2 291	26
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi) :			
• Nombre de personnes	1 481	1 388	93
• Équivalents à temps complet	955	887,4	67,6
Personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi	3	1	2
Personnel non-détenteur de poste :			
• Nombre d'heures rémunérées	2 187 108	2 291 175	-104 067
• Équivalents à temps complet	1 181	1 217	-36

Source : Données opérationnelles selon le rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2009 (page 234) et au 31 mars 2010.

Organismes communautaires

Tableau 5
Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au 31 mars 2010

	Nombre d'organismes	PSOC ($)	Nombre d'organismes	PSOC ($)
	2009-2010		2008-2009	
Accès logis	0	0	0	0
Alcoolisme et autres toxicomanies	7	751 340	7	684 848
Autres ressources jeunesse	5	206 403	5	203 521
Agressions à caractère sexuel	4	719 587	4	670 097
Centres d'action bénévole	4	297 621	4	287 965
Centres de femmes	3	515 940	3	508 736
Communautés culturelles	0	0	0	0
Concertation régionale	1	78 256	1	77 163
Familles	0	0	0	0
Hommes en difficulté	2	204 272	2	193 920
Maintien à domicile	25	266 810	25	263 505
Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	4	2 479 782	4	2 445 156
Maisons de jeunes	9	618 443	9	565 137
Mesures de rechange	1	513 356	1	506 188
Multiclientèles	2	99 923	2	98 527
Personnes démunies	5	165 521	5	161 210
Personnes handicapées	21	1 449 896	22	864 230
Santé mentale	22	2 144 680	23	2 126 675
Santé physique	12	145 879	12	140 842
Sida	1	53 989	1	53 235
TOTAL	128	10 711 698	130	9 850 955

Conseil d'administration

Sa composition

Du 1er avril 2009 au 31 mars 2010, le conseil d'administration de l'Agence a tenu six assemblées ordinaires et une assemblée extraordinaire.

Tableau 6
Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2010

Représentativité	Membres
Table régionale des chefs de Département de médecine spécialisée	Dre Renée Lamontagne
Département régional de médecine générale	Dre Julie Richer
Commission infirmière régionale	Poste vacant
Commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Milieu communautaire	Mme Micheline Bergeron
Milieu de l'enseignement	Mme Lyne Fecteau
Comité des usagers	Mme Madeleine Paquin
Milieu syndical	Mme Jocelyne Wheelhouse
Socio-économique	Mme Suzanne Huard
Socio-économique	M. Serge Larche
Établissements : CSSS	Mme Suzanne Couture
Établissements : Vocation régionale	M. Luc Paradis
Membre coopté	M. Robert Bellemare
Membre coopté	M. Marc-André Côté
Membre coopté	M. Robert Therrien
Membre d'office : Présidente-directrice générale	Mme Lise St-Amour

Instances consultatives

Commission infirmière régionale (CIR)

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu deux rencontres au cours de l'année 2009-2010, soit un peu moins que les années précédentes en raison de la pandémie de grippe A(H1N1). En novembre 2008, un avis sur la prise en charge et l'accès aux soins par des pratiques novatrices émergeant de la pratique infirmière a été déposé au conseil d'administration de l'Agence. Découlant de cet avis, les quatre stratégies énoncées par la CIR ont continué d'alimenter la réflexion des membres. Ces stratégies ont pour objectifs :

- de créer des noyaux d'expertises selon les compétences développées dans les milieux;
- de favoriser les modèles d'organisation de services interdisciplinaires avec une infirmière pivot;
- d'utiliser de façon maximale les infirmières qui travaillent en groupe de médecine de famille (GMF);
- de maximiser l'application de la Loi modifiant le code des professions.

Un résumé des travaux de la CIR est diffusé dans le bulletin régional *Axone* destiné aux infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue. En 2009, ce bulletin a migré vers la plateforme électronique et s'appelle le *Cyberjournal* de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue (ORIIAT).

Tableau 7

Représentativité	Membres
Présidente	Mme Diane Trottier, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	Mme Marie-Claude Marion, CSSS de Rouyn-Noranda
	Mme Luce Perron, Maison Pie XII
	Mme Stéphanie Vallée, CSSS de la Vallée-de-l'Or
Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	Mme Chantal Caron, CSSS de la Vallée-de-l'Or
	Mme Annie Perron, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
	1 poste vacant
Gestionnaire soins infirmiers	Mme Chantal Tremblay, CSSS de Rouyn-Noranda
	1 poste vacant
Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue	Mme Marie Kureluk
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	Mme Claire Maisonneuve
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	Mme Manon Lacroix
Agence	Mme Lise Dubé

Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

Au cours de l'exercice 2009-2010, la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) a tenu trois rencontres. Pour répondre à la demande des membres, différents dossiers ont été présentés lors des rencontres :

- Stratégie régionale de main-d'œuvre (SRMO);
- Plan d'organisation régionale des services en pédopsychiatrie;
- Programme d'autogestion des maladies chroniques;
- Bilan du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
- Nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse.

Ces présentations ont permis d'alimenter la réflexion des membres de la Commission et d'échanger sur les enjeux et les défis du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour les prochaines années.

À la suite de la présentation de la SRMO, les membres de la CMUR ont adressé à l'Agence une lettre de recommandations identifiant des pistes de solutions qui pourraient favoriser la rétention du personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Tableau 8
Membres de la commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2010

Représentativité	Membres
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue - Domaine social	Mme Denise Côté, présidente
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue - Domaine santé	Mme Isabelle Gaumont
Domaine technique	Vacant
Domaine technique	Vacant
Domaine technique	Vacant
Domaine social	M. Donald Renault, CSSS des Aurores-Boréales M. Michel Rivest, CSSS du Lac-Témiscamingue Mme Diane Gaudet, Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue M. René Villeneuve, Centre Normand
Domaine de la santé	Mme Annie Charland, CSSS de la Vallée-de-l'Or Mme Hélène Michaud, CSSS de la Vallée-de-l'Or
Domaine de la réadaptation	Mme Sylvette Gilbert, CRDI Clair Foyer Mme Annie Lefebvre, CRDI Clair Foyer
Représentante du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	Mme Mireille Hubert, Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Agence	Mme Nicole Desgagnés

Comité de vigilance et de la qualité

Le Comité de vigilance et de la qualité assure le suivi des recommandations formulées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services à la suite de l'examen des plaintes et des interventions réalisées en fonction des droits des usagers. Le mandat est d'analyser des rapports ou des recommandations du commissaire dans le but d'améliorer la qualité des services offerts.

Le commissaire rend compte aux membres du comité de vigilance et de la qualité des situations qu'il a examinées, de ses constats et de ses conclusions pour chaque motif d'insatisfaction. S'il y a lieu, un résumé des mesures correctives formulées à partir des recommandations adressées aux instances concernées est présenté aux membres du comité. Finalement, ce dernier prend en considération le niveau d'implantation des recommandations à partir du suivi réalisé par le commissaire régional.

Tableau 9

Représentativité	Membres
Membre du conseil d'administration de l'Agence, comités des usagers des établissements	M^me^ Madeleine Paquin, présidente
Membre du conseil d'administration de l'Agence, commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Membre du conseil d'administration de l'Agence, organismes du milieu communautaire	M^me^ Micheline Bergeron
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	M. Alain Couture
Présidente-directrice générale de l'Agence	M^me^ Lise St-Amour

Les membres du Comité de vigilance et de la qualité ont tenu trois rencontres en 2009-2010. En plus du suivi portant sur les recommandations du commissaire régional, les sujets traités ont porté, entre autres, sur la réglementation obligeant la certification des résidences pour personnes âgées, la promotion des droits des usagers, les activités du commissaire pour faire connaître le Régime d'examen des plaintes et d'autres activités de ce dernier, telles que l'information et l'assistance accordées aux personnes pour l'exercice d'un droit.

Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Le Comité régional d'accès aux services en langue anglaise s'est rencontré à quatre occasions au cours de l'exercice 2009-2010. L'objectif de ces rencontres était, d'une part, de faciliter l'échange d'informations entre les membres du comité et, d'autre part, de réfléchir ensemble aux moyens de poursuivre l'amélioration de l'accessibilité aux services du réseau pour la clientèle d'expression anglaise.

Tableau 10
Membres du Comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2010

Représentativité	Membres
Communauté anglophone de Rouyn-Noranda	Mme Linda Marion
Association Neighbours	Mme Elsie Sullivan
Association Neighbours	Mme Sharleen Sullivan
Communauté de Temiskaming First Nation	Mme Norma Heath
Algonquin Nation Program and Services Secretariat	Mme Donna McBride
Conseil d'administration de l'Agence	Mme Madeleine Paquin

En 2009-2010, l'Agence a poursuivi la mise en œuvre des mécanismes identifiés dans son programme d'accessibilité en langue anglaise 2007-2010 pour atteindre les objectifs fixés et a débuté la révision de ce programme. Rappelons qu'il s'agit d'aider les établissements de la région à développer leur capacité d'accueil et à offrir les soins et services en langue anglaise pour la clientèle d'expression anglaise. De façon concrète, le programme vise l'augmentation du nombre de personnes capables de communiquer et d'offrir des services en langue anglaise dans le réseau ainsi que l'augmentation du nombre de documents d'information relatifs au domaine de la santé publique et des services sociaux produits en langue anglaise par les établissements du réseau. Il vise également l'amélioration et la diffusion, en langue anglaise, des communiqués produits et diffusés par l'Agence portant sur la santé publique.

Pour atteindre ces objectifs, l'Agence a assuré la coordination et le soutien à la mise en œuvre et au déroulement des programmes de formation en langue anglaise pour le personnel des établissements dans le cadre du programme financé par l'Université McGill : 73 personnes provenant des CSSS du Lac-Témiscamingue, Les Eskers de l'Abitibi, de Rouyn-Noranda et de Témiskaming-et-de-Kipawa ont participé à ce programme.

L'Agence a diffusé 33 communiqués de presse en langue anglaise auprès des communautés anglophones et a assuré la traduction en anglais de 44 formulaires, protocoles et autres documents d'information produits par les établissements du réseau pour leur clientèle, ainsi que la traduction du calendrier 2010 sur les droits des usagers en matière de santé et de services sociaux.

Le 10 décembre 2009, l'Agence a soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) un projet visant à adapter les programmes de prévention et de promotion de la santé pour la population d'expression anglaise de l'Abitibi-Témiscamingue. Ce projet s'inscrit dans le cadre du programme de contribution pour les langues officielles en santé, initié par le gouvernement fédéral, selon l'entente Canada-Québec. Le projet, élaboré avec la collaboration active des membres du comité langue anglaise, a reçu l'approbation du Réseau communautaire de santé et des services sociaux (RCSSS) qui a octroyé à l'Agence un financement de 220 000 $ sur trois ans pour permettre sa réalisation.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Le Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) a tenu quatre rencontres au cours de l'année 2009-2010.

La planification de la main-d'œuvre en pharmacie demeure un dossier prioritaire. Dans un contexte de pénurie, l'accueil de stagiaires en pharmacie est essentiel afin de retenir en région les jeunes diplômés. Dans cette optique, une deuxième cohorte de pharmaciens a suivi la formation permettant d'obtenir le titre de « clinicien associé » préalable à l'accueil des étudiants stagiaires en pharmacie de l'Université de Montréal. Aussi, les démarches entreprises par le CRSP ont permis la reconnaissance des pharmacies des établissements de la région comme milieux de stage pour les étudiants de deuxième année. Le CRSP soutient également l'actualisation d'un programme de formation en cours d'emploi, dispensé à distance par le Cegep de Rivière-du-Loup, pour les assistantes techniques en pharmacie œuvrant en milieu hospitalier.

Le CRSP a aussi travaillé à la mise en place d'une clinique santé voyage dans trois pharmacies communautaires de la région. Ce projet novateur, issu de la collaboration entre les CSSS et les pharmacies partenaires de leur territoire, a permis d'améliorer l'accessibilité à des soins et services en santé voyage pour la population.

Les autres dossiers actuellement en cours sont le projet de système automatisé et robotisé des médicaments (SARDM) en établissement de santé, le suivi relatif à l'implantation du Dossier de santé du Québec (DSQ), le bilan comparatif des médicaments (BCM) et les ordonnances collectives.

Mentionnons aussi la participation de deux membres du CRSP à la rencontre provinciale organisée par l'Ordre des pharmaciens du Québec qui s'est tenue en février 2010. Le CRSP se prépare à tenir sa première assemblée générale depuis sa création en 2006.

Le CRSP continue d'intensifier les communications entre les pharmaciens de la région et poursuit le travail de collaboration avec les infirmières et les médecins afin de continuer à offrir des soins pharmaceutiques de qualité à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Représentativité	Membres
Pharmacien oeuvrant dans une pharmacie communautaire	M. Jean-Philippe Tanguay
Chef de département clinique de pharmacie	Mme Suzie Alain
Pharmacien oeuvrant dans un centre exploité par un établissement de santé	M. Patrick Grenier
Pharmacien propriétaire	Mme Marie-Josée Girard, présidente
Présidente-directrice générale de l'Agence	Mme Lise St-Amour

Département régional de médecine générale (DRMG)

Compte tenu que le Dr François Desbiens agit maintenant à titre de directeur des affaires médicales et universitaires, l'Agence a approuvé la nomination du Dr Jean-Yves Boutet à titre de chef du DRMG, le 27 janvier 2010. Afin de mieux refléter la pratique médicale actuelle, le règlement concernant la composition du comité de direction du DRMG a été amendé par résolution au conseil d'administration, le 2 décembre 2009. Cela permettra d'inclure les médecins travaillant en GMF.

Le comité de direction du DRMG a tenu une conférence téléphonique ainsi que cinq rencontres régulières entre les mois d'avril 2009 et de mars 2010, parmi lesquelles une réunion a porté uniquement sur le dossier de la pandémie de la grippe A(H1N1).

Voici les principaux sujets traités lors de ces rencontres :

- le suivi requis par le Plan régional d'effectifs médicaux 2009-2010 en médecine générale ainsi que l'identification des besoins et les objectifs de croissance signifiés par le MSSS;
- le suivi relatif à l'entente particulière sur l'adhésion aux activités médicales particulières (AMP) dont l'inscription des omnipraticiens aux secteurs d'activités prioritaires déterminés par le DRMG;
- le suivi des GMF et l'accessibilité à un médecin de famille.

Par ailleurs, le DRMG participe et contribue aux travaux suivants :

- le guichet d'accès pour la clientèle orpheline;
- le suivi relatif à l'implantation du Dossier de santé du Québec (DSQ);
- l'organisation territoriale des services médicaux généraux;
- la participation à des comités consultatifs sur l'informatisation des GMF et des cliniques médicales.

Afin de favoriser la participation de tous les médecins et de remplacer l'assemblée générale annuelle, le comité de direction du DRMG a débuté une tournée régionale au CSSS de la Vallée-de-l'Or, tournée qui doit se poursuivre dans les différents CSSS jusqu'en mai 2010.

Finalement, le comité de direction assure la diffusion de l'outil d'information INFO-DRMG à tous les médecins omnipraticiens de la région.

Tableau 12
Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2010

Représentativité	Membres
CSSS de Rouyn-Noranda	Dre Julie Richer
Médecin travaillant en GMF	Dr Jean-Yves Boutet, chef du département
Cabinet privé	Dr Alain Authier
CSSS des Aurores-Boréales	Dre Christiane Faille
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Dr Frédéric Turgeon
CSSS du Lac-Témiscamingue	Dr Paul-Émile Barbeau
CSSS de La Vallée-de-l'Or	Dre Tuong-Vi Pham
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	Dr Gordon Brock
Représentante des DSP des CSSS	Dre Annie Léger
Agence	Mme Lise St-Amour, présidente-directrice générale

Forum de la population

Le 17 décembre 2008, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue nommait les membres du Forum de la population. Cette instance est représentative de l'ensemble du territoire et des groupes sociodémographiques de la région.

Tableau 13
Membres du Forum de la population au 31 mars 2010

Provenance	Membres	Provenance	Membres
Amos	M. Hans Carignan	Rouyn-Noranda	M. Laurent Juteau
Amos	Mme Judith Corriveau	Rouyn-Noranda	Mme Marie-France Turgeon
Barraute	M. Lionel Pelchat	Témiscaming	M. Pierre Gingras
Normétal	Mme Mariette Davidson	Nédelec	Mme Carmen Rivard
La Sarre	Mme Marie Méthot	Val-d'Or	M. Ghyslain Bergeron
Rouyn-Noranda	Mme Caroline Girard	Val-d'Or	Mme Sylvie Cardinal
Rouyn-Noranda	Mme Claire Hogan		

Coordonné par la présidente-directrice générale de l'Agence, madame Lise St-Amour, le Forum de la population a tenu cette année deux rencontres : l'une en juin 2009 et l'autre en septembre 2009. Le comité a agi comme groupe de discussion pour plusieurs dossiers, notamment pour le dépliant Accès santé et services sociaux. D'ailleurs, la majorité des suggestions apportées ont été intégrées au dépliant.

La LSSSS prévoit que le Forum de la population se réunisse avec le conseil d'administration de l'Agence au moins deux fois par année. Ainsi, une première rencontre s'est tenue en septembre 2009 où tous ont participé à une activité ayant pour but la coopération, la communication et la création de liens. Plusieurs présentations ont été réalisées pour les membres du Forum de la population dans le cadre de leur mandat dont l'évaluation du Plan d'action régional en santé publique, la SRMO et la recherche du Dr Antoine Boivin sur les indicateurs de qualité en maladies chroniques.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs)

Au cours de l'exercice, le comité de direction de la Table des chefs a tenu trois rencontres régulières et une conférence téléphonique.

L'élection du nouveau bureau de direction s'est déroulée en 2009. Les membres ont été confirmés dans leur fonction le 22 septembre 2009 et le conseil d'administration de l'Agence a approuvé la réélection du président de la Table des chefs lors de son assemblée du 2 décembre 2009.

Projets cliniques et organisationnels pour les services médicaux spécialisés
Le chantier sur la révision des services médicaux spécialisés, amorcé en janvier 2008, s'est poursuivi afin de permettre l'élaboration de protocoles d'entente. Ces derniers sont destinés à lier les médecins spécialistes selon une entente entre les parties signataires, à offrir une desserte régionale en respectant les règles établies par la Table des chefs, les établissements et l'Agence. Les travaux n'ont pas permis de signer d'autres protocoles en 2009-2010.

Par ailleurs, les activités du comité de direction ont concerné les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), plus précisément les communications et la coordination des services ainsi que l'évaluation des postes vacants en spécialités pour la table technique du RUIS McGill.

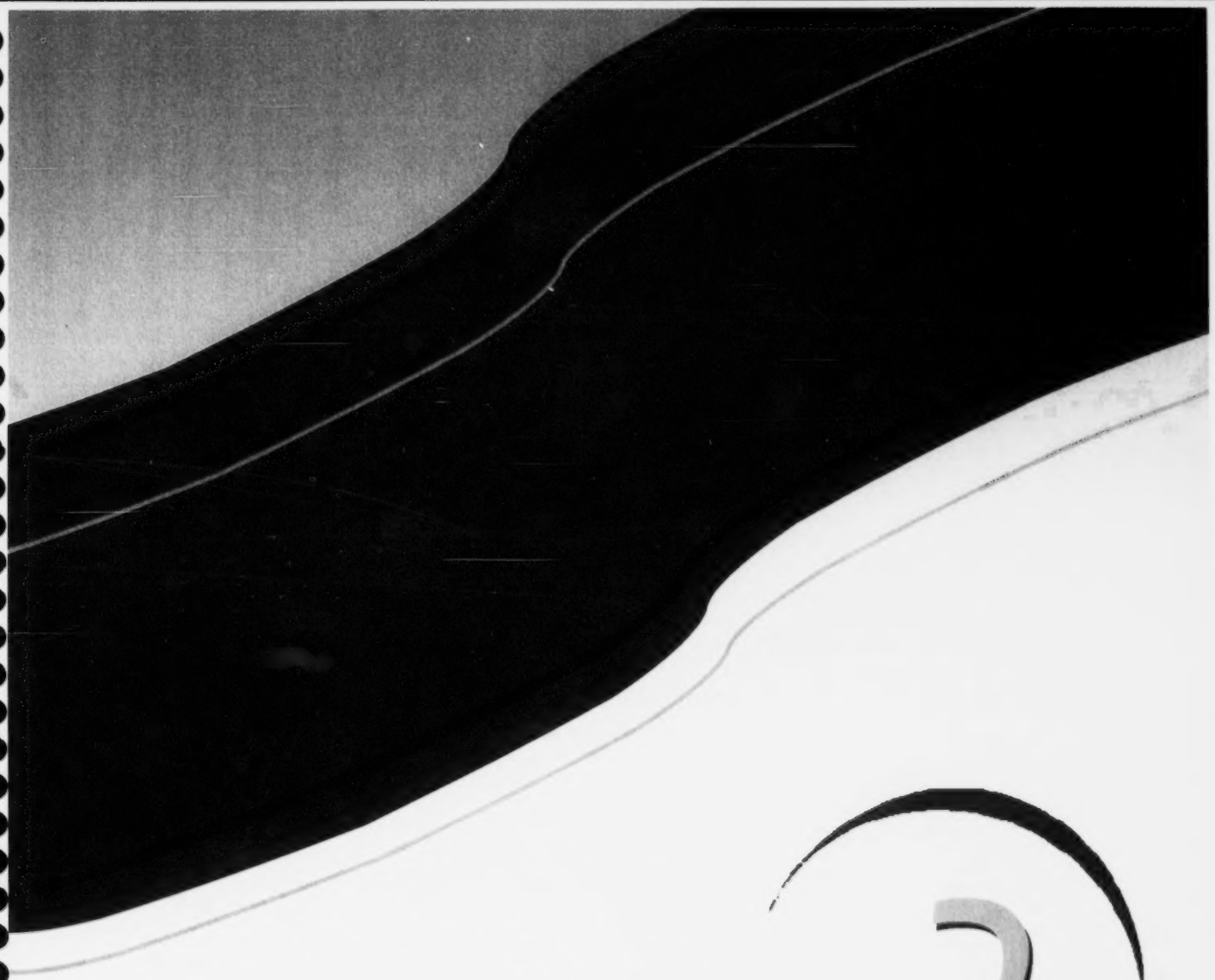
De plus, une attention a été portée pour prévenir les ruptures de services en spécialités.

Enfin, un soutien a été apporté sur le plan des spécialités de base en ce qui a trait aux équipes multidisciplinaires ainsi qu'au soutien entre collègues de la région et par le biais des ressources de 3e ligne (avec ou sans l'apport des RUIS).

Au 31 mars 2010, le comité de direction de la Table des chefs était composé des membres suivants :

Tableau 14
Membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine générale au 31 mars 2010

Représentativité	Membres
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Dre Édith Beauregard, domaine clinique de la chirurgie Dre Liette Boyer, domaine clinique de la médecine Dr Daniel Martin, domaine clinique de l'anesthésiologie
CSSS de Rouyn-Noranda	Dr Hugo Delorme, domaine clinique de la médecine, président Dre Renée Lamontagne, domaine clinique de la psychiatrie
CSSS de la Vallée-de-l'Or	Dr Ismaël Kaloul, domaine clinique de l'anesthésiologie Dr Tai-Hung Do, domaine clinique de l'imagerie médicale Dr Ghislain Lauzon, domaine clinique de la pneumologie
CSSS des Aurores-Boréales	Dr Sofiane Ouertani, domaine clinique de l'obstétrique-gynécologie
Agence	Mme Lise St-Amour, présidente-directrice générale



2

Activités de l'Agence

2 Activités de l'Agence

Grands défis de l'année

Certification des résidences privées

Un des grands défis de l'année était d'assurer aux personnes âgées des services sécuritaires et de qualité dans un milieu de vie intégré à la communauté. La certification des résidences privées constitue le moyen mis de l'avant par le MSSS pour relever ce défi. Depuis l'entrée en vigueur du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité en 2007, l'Agence a mis les efforts nécessaires, notamment au cours de l'année 2009-2010, pour que les 55 résidences privées de la région répondent aux exigences de la certification.

La collaboration des propriétaires de résidences privées, des répondants des CSSS, des services de protection des incendies et de la Régie du bâtiment du Québec a contribué à l'atteinte d'un haut taux de certification des résidences privées pour personnes âgées. Au 31 mars 2010, seulement deux résidences poursuivent leur démarche et elles sont en très bonne voie pour obtenir leur certificat de conformité. La région se classe ainsi parmi les trois régions ayant le plus haut taux de certification.

Développement des communautés

Reconnaissant que de nombreux indicateurs de santé varient selon les milieux de vie comme les municipalités et les quartiers, l'Agence et cinq organismes de la région ont conclu une entente pour soutenir le développement des communautés. C'est dans cette visée qu'un *Tableau de bord des communautés* a été créé.

Cet outil de connaissance et de mobilisation des communautés a pour but d'offrir une vision commune aux acteurs et intervenants de la région tant sur l'état de vitalité ou de vulnérabilité des communautés locales que sur leur potentiel de développement. Les 28 indicateurs développés concernant 138 communautés regroupent les dimensions économique, sociale et démographique en lien avec les interactions, le bien-être et la santé de la population.

La mise en place d'un réseau d'acteurs et d'intervenants intéressés au développement des communautés dans la région est un des objectifs des initiateurs de l'entente.

Des activités de formation, d'appropriation et d'implantation du *Tableau de bord des communautés* sont en cours et se poursuivront dans les prochains mois. Cela permettra aux communautés concernées de mieux connaître leur état de situation et d'entreprendre les actions adéquates pour améliorer la qualité de vie de leur population.

Informatisation du réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA)

Une des orientations ministérielles du MSSS est de compléter la mise en œuvre des RSIPA, incluant les outils informatisés pour soutenir les processus cliniques ainsi que les mécanismes d'échange et d'intégration prévus au plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. Dans cette optique, le MSSS, en collaboration avec Sogique, a amorcé la conception et l'implantation d'un outil informatisé : la solution d'informatisation du RSIPA.

Le processus de déploiement de l'informatisation est prévu sur quatre années, soit de 2009 à 2012 et comporte quatre livraisons du MSSS. Les trois prérequis de la première livraison de la solution RSIPA sont l'outil de repérage (PRISMA-7), l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et les profils de besoins (Iso-SMAF). Pour le moment, ces outils seront utilisés uniquement au sein des établissements (pour l'ensemble de leur mission) sans possibilité de communiquer avec les partenaires.

Pour soutenir le déploiement du RSIPA, les principales étapes franchies en 2009-2010 sont les suivantes :

- La mise en place d'un comité clinique pour les travaux d'implantation des composantes et de la solution RSIPA;
- La constitution d'un comité directeur pour les orientations stratégiques reliées au déploiement de la solution RSIPA;
- La désignation de la chargée de projet régionale et des six chargés de projets des CSSS;
- La formation des formateurs régionaux et locaux à la solution RSIPA informatisée;
- La mise à jour de la formation OÉMC-2, la formation des formateurs sur les profils Iso-SMAF et le soutien à l'outil PRISMA-7;
- Les ressources et les répartitions portant sur les clientèles visées par la livraison informatique;
- L'engagement formel des six CSSS dans le processus de mise en œuvre des RSIPA et l'adoption du plan régional de déploiement;
- L'acquisition des équipements requis pour le déploiement de la solution RSIPA.

La poursuite de la mise en œuvre de la solution RSIPA dépend du financement du MSSS. Toutefois, l'étape actuelle permettra l'utilisation des outils à l'intérieur des établissements.

Navette Abitibi-Témiscamingue-Outaouais

En 2009, pour l'Abitibi-Témiscamingue, seulement 34 % des nouveaux cas de cancer ont été traités en radiothérapie. Selon la moyenne provinciale, il faudrait atteindre un accès de 52 %. Les raisons les plus souvent invoquées pour ne pas aller en traitement à l'extérieur sont la distance à parcourir et l'éloignement de la famille durant une longue période.

Jusqu'à l'an dernier, parmi les usagers recevant des traitements de radiothérapie, la moitié se rendait à Gatineau, les autres se déplaçaient vers Montréal. Une entente de services est déjà en vigueur entre le Centre de cancérologie du CSSS de Gatineau et les CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue pour concentrer la clientèle à cet endroit.

Afin de favoriser l'accessibilité aux traitements, l'Agence a mis sur pied un projet-pilote d'une année en offrant aux usagers et à leur accompagnateur, lorsque requis, une navette hebdomadaire entre la région et l'hôtellerie de la Fondation québécoise du cancer située à proximité du Centre de cancérologie de Gatineau. Ainsi, les usagers ont l'opportunité de revenir dans leur famille les fins de semaine entre leurs traitements. La navette est en fonction depuis novembre 2009. La clientèle apprécie ce nouveau service, mais il est encore trop tôt pour évaluer si l'accès à la radiothérapie pour notre population s'est amélioré.

Périnatalité

À l'instar de deux CSSS en province, le MSSS a reconnu officiellement le CSSS de Rouyn-Noranda comme étant un centre de niveau IIB. Par conséquent, pour offrir ce niveau de soins, le MSSS a reconnu le besoin de consolider de façon urgente et prioritaire ces services par un financement adéquat.

Durant l'année, l'Agence, de concert avec le CSSS de Rouyn-Noranda, a donc concentré ses efforts au financement et à la consolidation de ces services régionaux. Avec les ressources pécuniaires adéquates, le CSSS de Rouyn-Noranda aura la capacité de retenir et de traiter en région les bébés prématurés de 32 semaines et plus. L'Agence espère pouvoir compléter ses démarches durant la prochaine année.

Entre-temps, le CSSS de Rouyn-Noranda a consolidé le mode de fonctionnement régional en concluant des ententes formelles avec les autres CSSS de la région. De plus, il s'est assuré d'informer les centres de néonatologie tertiaire de sa capacité d'accueillir les retours en région des nouveau-nés d'un poids égal ou supérieur à 1000 grammes qui nécessitent des soins spécialisés.

Programme de formation *AGIR auprès de la personne âgée*

La formation intitulée *Agir auprès de la personne âgée* s'adresse aux préposés aux bénéficiaires et vise à préserver l'autonomie des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi qu'à maintenir la qualité de vie de ces dernières, particulièrement dans les services d'hébergement de longue et de courte durée.

La perte d'autonomie associée aux problèmes de santé est de plus en plus fréquente et les problématiques rencontrées sont de plus en plus complexes. La contribution des préposés aux bénéficiaires est essentielle puisqu'ils accompagnent les personnes âgées dans leurs activités de vie quotidienne.

Les formations ont débuté en avril 2009 avec le support des directions des établissements. Les gestionnaires ont instauré certains moyens pour soutenir les formateurs et les préposés aux bénéficiaires, dont accorder du temps à la préparation des formations, mettre en place un tandem de formateurs composé de préposés aux bénéficiaires et de professionnels, assurer la présence d'une personne-ressource à l'interne, organiser des rencontres d'échanges et en favoriser le transfert des apprentissages.

Les évaluations réalisées à la suite des formations sont très positives; celles-ci permettront aux préposés aux bénéficiaires d'améliorer leur pratique auprès des personnes en perte d'autonomie.

Santé au travail

L'année 2009-2010 a permis l'actualisation des démarches amorcées l'an dernier au regard du regroupement des équipes locales dédiées au programme *Santé au travail* sous la responsabilité administrative d'un seul CSSS. Le CSSS du Lac-Témiscamingue agit maintenant comme établissement mandataire désigné afin d'assurer la gestion des services locaux en santé au travail sur l'ensemble du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue.

De nombreux avantages découlent de ce nouveau mode d'organisation pour la pérennité du programme en région. Citons, à titre illustratif, une plus grande flexibilité de l'offre de service pour la clientèle, une harmonisation des services, la création d'une masse critique d'expertise et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources.

Le programme *Santé au travail* en Abitibi-Témiscamingue contribue, de manière significative, à l'amélioration des milieux de travail en matière de santé et de sécurité.

Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM)

Le projet SARDM consiste à revoir l'organisation du travail afin d'améliorer la sécurité et la qualité du circuit du médicament et d'optimiser les ressources professionnelles concernées, c'est-à-dire les pharmaciens et les infirmières dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. Un plan régional sur cinq ans a été adopté. Tous les CSSS révisent présentement leurs processus de travail et ont préparé un plan d'action afin de les optimiser. L'acquisition de technologies fait aussi partie des mesures ciblées.

Le 31 mars 2010 s'est terminée la phase 1 du plan régional. Les principaux projets réalisés au cours de cette phase sont l'acquisition d'un logiciel de pharmacie pour les CSSS Les Eskers de l'Abitibi et de Rouyn-Noranda, d'une ensacheuse automatisée et de chariots de distribution des médicaments pour le CSSS de la Vallée-de-l'Or ainsi que pour le CSSS du Lac-Témiscamingue (projet de mise en commun avec le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa). Le SARDM permet de rehausser considérablement la qualité et la sécurité du circuit du médicament. De plus, le CSSS du Lac-Témiscamingue a déployé des cabinets sécurisés de distribution de la médication à son unité de soins intensifs ainsi qu'au CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa. La région a rencontré l'ensemble des objectifs visés à la phase 1 du plan régional de réalisation déposé au MSSS.

Parallèlement à la réalisation des activités prévues à la phase 1 du projet SARDM, tous les départements de pharmacie de la région ont ardemment travaillé afin de rencontrer les critères exigés par Agrément Canada, pour la norme *Gestion des médicaments*, qui partage les mêmes objectifs que ceux visés par le projet SARDM. D'importants travaux d'aménagement de salles stériles ont également été réalisés. Ils incluaient la préparation de chimiothérapie ainsi que la formation et la certification du personnel pour la préparation de produits stériles.

Affaires médicales

Groupes de médecine de famille

Attente administrative

Objectif de résultats

Implanter des groupes de médecine de famille (GMF) au sein des six territoires de CSSS.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de GMF	5	6	5
Nombre de GMF informatisés	4	5	4

Commentaires

La population de cinq territoires de CSSS de la région (CSSS des Aurores-Boréales, CSSS Les Eskers de l'Abitibi, CSSS de Rouyn-Noranda, CSSS de la Vallée-de-l'Or et CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa) bénéficie d'un GMF accrédité. En continuité avec les objectifs régionaux visant à implanter un GMF au sein de chacun des six territoires de CSSS, l'Agence étudie l'initiative des médecins de la COOP Santé TémiscaVie quant à un projet de formation d'un GMF sur le territoire du CSSS du Lac-Témiscamingue et le projet de GMF à Amos (GMF Harricana) du groupe de médecins de la Clinique médicale d'Amos. Ces deux nouveaux GMF pourraient recevoir leur accréditation d'ici l'automne 2010.

Cette année a été marquée par le renouvellement des conventions des GMF des Aurores-Boréales (2e), du Centre de santé de Témiscaming (2e), des Eskers d'Amos (1er) et de la Vallée-de-l'Or (1er) pour une période de trois ans.

La prochaine année permettra l'entrée en vigueur du nouveau processus d'informatisation qui affectera tous les GMF accrédités. Présentement, celui de Rouyn-Noranda complète son processus d'informatisation selon les nouvelles normes établies par le MSSS. Tous les GMF accrédités ont accès aux actifs informationnels du réseau (résultats de laboratoire, imagerie médicale). Il est à noter qu'un nouveau Centre de services autorisés (CSA) régional a été accrédité par le MSSS afin de desservir les GMF de la région (Télébec).

Enfin, une table régionale regroupant tous les GMF de la région se réunit de quatre à cinq fois par année afin de favoriser les échanges de bonnes pratiques et l'amélioration des services rendus à la population.

Il est intéressant de constater qu'après sept ans de services par des GMF en Abitibi-Témiscamingue :

- 95 médecins exercent en GMF;
- 57 606 personnes sont inscrites;
- 20 155 personnes parmi celles inscrites sont dites vulnérables, pour un ratio de 35 % en comparaison à 33 % pour l'ensemble du Québec.

Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité

Attente administrative

Objectifs de résultats

Atteindre les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par le recrutement et le maintien des effectifs médicaux.

Desservir la clientèle de chaque réseau local en améliorant l'accessibilité aux services de 1re, 2e et 3e ligne.

Atteindre au moins 85 % des besoins identifiés dans les deux PREM.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'ajouts signifiés au PREM en médecine générale	13 médecins	10 médecins	8 médecins [1]
Nombre de postes autorisés au PREM en médecine spécialisée	159 postes autorisés	162 médecins	125 médecins

Commentaires

En médecine générale : Le ministre de la Santé et des Services sociaux accordait à la région l'ajout de dix médecins omnipraticiens pour l'exercice en cours. Le DRMG a émis huit avis de conformité. Les efforts de recrutement doivent se poursuivre afin de répondre adéquatement aux besoins de la population qui sont estimés à 205 équivalents temps complet (ETC) en médecine générale. Au 31 mars 2010, la région compte 178 omnipraticiens, alors qu'il y en avait 177 au 31 mars 2009.

En médecine spécialisée : La situation des effectifs médicaux en médecine spécialisée est de 125 médecins au 31 mars 2010, alors qu'elle était de 122 au 31 mars 2009. Le PREM en spécialité compte 162 postes autorisés.

De plus, à la suite de l'analyse des besoins effectuée dans tous les établissements du territoire, l'Agence a identifié pour chacun des CSSS les disciplines en pénurie. Les curriculum vitae de candidats en spécialité inscrits à Recrutement santé Québec, ayant reçu un avis favorable de la part du Collège des médecins du Québec, ont été acheminés aux CSSS afin que ces derniers saisissent l'opportunité de les recruter pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés. À cet égard, l'Agence les encourage à avoir recours à cet apport précieux que peuvent représenter les médecins étrangers pour contrer la pénurie des prochaines années.

Recrutement : L'Agence, les CSSS et des médecins de la région ont participé à plusieurs évènements de recrutement au cours de la période 2009-2010, notamment à la Journée Carrière 2009 ainsi qu'à plusieurs activités de l'Équipe Sarros pour les étudiants en médecine des différentes facultés universitaires québécoises.

Des démarches se poursuivent afin que :

- des mesures incitatives significatives soient accordées pour permettre d'accroître l'attraction et ainsi inciter les jeunes médecins à s'installer pour pratiquer en Abitibi-Témiscamingue;
- le secteur Abitibi-Ouest soit reconnu *secteur isolé;*
- le respect des PREM soit rigoureux, et ce, pour l'ensemble de la province.

[1] Incluant un médecin avec un avis de conformité émis mais attendu à une date ultérieure. Les deux spécialistes oeuvrant en santé communautaire au sein de l'Agence sont comptabilisés au Plan d'effectifs médicaux de Rouyn-Noranda.

Tableau 15
Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité pour l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2010

Médecine spécialisée	PREM 2009-2010	Situation au 31 mars 2010	Besoins
Allergie - immunologie	1	1	0
Anatomopathologie	5	4	1
Anesthésiologie	18	17	1
Biochimie médicale	1	0	1
Cardiologie	3	1	2
Chirurgie générale	13	11	2
Chirurgie orthopédique	6	5	1
Chirurgie plastique	2	1	1
Dermatologie	3	2	1
Endocrinologie	1	0	1
Gastro-entérologie	3	3	0
Gériatrie	2	0	2
Hématologie/oncologie médicale	2	1	1
Médecine d'urgence	2	1	1
Médecine interne	16	10	6
Médecine nucléaire	1	1	0
Microbiologie et infectiologie	1	0	1
Néphrologie	2	0	2
Neurologie	4	3	1
Obstétrique-gynécologie	12	10	2
Ophtalmologie	4	3	1
Oto-rhino-laryngologie	3	3	0
Pédiatrie	16	15	1
Physiatrie	1	0	1
Pneumologie	3	4	-1
Psychiatrie (adulte)	18	14	4
Psychiatrie (pédo)	3	3	0
Radiologie diagnostique	8	6	2
Radio-oncologie	0	0	0
Rhumatologie	2	1	1
Santé communautaire	3	2	1
Urologie	3	3	0
Total des spécialités	162	125	37

Médecine générale	PREM 2009-2010	Situation au 31 mars 2010	Besoins requis
Omnipraticiens (ETC)	205	178	27

Tableau 16
Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée au 31 mars 2010

RLS	PREM Besoins en ETC omnipraticiens	Omnipraticiens au 31-03-10	PREM Besoins en ETC spécialité	Spécialistes et omni-anesthésistes au 31-03-10
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	38	37	41	35
CSSS des Aurores-Boréales	33	25	16	10
CSSS de Rouyn-Noranda	48	50	46	36
CSSS de La Vallée-de-l'Or	55	40	52	40
CSSS du Lac- Témiscamingue	19	17	4	2
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	8	4	0	0
Agence	4	5	3	2
TOTAL	205	178	162	125

Unité de médecine familiale (UMF)

Attente administrative

Objectif de résultats

Offrir en région la formation aux résidents inscrits au programme de médecine de famille.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Capacité d'accueil des UMF en place	Rehaussement de l'UMF Amos-La Sarre (secteur La Sarre)	Compléter le rehaussement de l'UMF Amos-La Sarre (secteur Amos)	Rehaussement de l'UMF Amos-La Sarre (secteur Amos)
Nombre d'unités de médecine familiale en Abitibi-Témiscamingue	Mise en œuvre d'une nouvelle UMF à Rouyn-Noranda	Mise en œuvre d'une UMF à Val-d'Or (phase 1)	Mise en œuvre d'une UMF à Val-d'Or (phase 1)

Commentaires

Les unités de médecine familiale (UMF) sont les lieux de formation pour les étudiants en médecine ainsi que pour les médecins résidents qui se destinent à la pratique de la médecine familiale sous la supervision de médecins expérimentés des milieux qui les reçoivent. Les objectifs visés en 2009-2010 ont été atteints.

En ce qui a trait à l'UMF Amos-La Sarre, les travaux d'agrandissement du secteur d'Amos ont été complétés en janvier 2010.

L'UMF de la Vallée-de-l'Or a réalisé la phase 1 des travaux d'implantation. En effet, cette UMF a été en mesure de recevoir ses premiers résidents en juillet 2009. La phase 2 prévoit l'ajout de quatre nouveaux bureaux permettant de recevoir plus de résidents. Ces travaux devraient être complétés à la fin juin 2010 afin d'accueillir la prochaine cohorte.

Les CSSS de la région ont mis beaucoup d'efforts afin d'offrir des places de formation dans leur milieu, car les UMF sont de formidables outils de recrutement qui contribuent à atteindre les objectifs de remplacement de la main-d'œuvre médicale.

Trois des quatre universités qui assurent la formation en médecine ont maintenant des UMF dans quatre territoires de CSSS (Rouyn-Noranda, Vallée-de-l'Or, Les Eskers de l'Abitibi et Aurores-Boréales).

Clientèle orpheline

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accès à un médecin de famille.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de CSSS qui ont mis en place un guichet d'accès pour la clientèle orpheline vulnérable	3/5	5/5	5/5

Commentaires

Le *Plan d'organisation de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux* prévoit la création par les CSSS d'un guichet d'accès sur leur territoire de desserte respectif pour la clientèle orpheline, c'est-à-dire sans médecin de famille.

La prise en charge de clientèles orphelines s'inscrit dans la responsabilité populationnelle des CSSS en lien avec la responsabilité du DRMG en matière d'organisation des services médicaux de première ligne.

Chaque CSSS doit identifier à l'intérieur de sa structure, ou en collaboration avec ses partenaires réseaux, un mécanisme de réception et de traitement des demandes en lien avec une évaluation de la condition de santé des clients orphelins. Lorsque la situation le requiert, un processus d'orientation de la clientèle est prévu avec le médecin coordonnateur. Le processus de prise en charge est déterminé par le CSSS concerné.

La cible est atteinte dans tous les secteurs de la région. Les CSSS ont donc identifié un coordonnateur du mécanisme ainsi que des critères de priorité. Ils ont aussi convenu, avec les médecins de leur territoire, des modalités de répartition de la clientèle lorsque les besoins de cette dernière le requièrent.

Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) McGill

En 2004, le MSSS décidait d'inclure l'Abitibi-Témiscamingue au sein du RUIS McGill. Ce choix avait été effectué malgré le fait que la région avait déjà développé, au cours des trente dernières années, des corridors de services avec les établissements du RUIS de l'Université de Montréal, corridors qu'elle maintient encore aujourd'hui. À l'époque, l'Agence avait convaincu la population et les établissements de son territoire du bien-fondé de cette décision et les avait enjoints à collaborer à cette nouvelle organisation de services.

Les RUIS ayant maintenant cinq ans, la Direction des services de la santé et médecine universitaire du MSSS a procédé à une réévaluation de ceux-ci. Dans la foulée de ce processus, les CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue et l'Agence ont documenté des insatisfactions dans l'établissement de corridors de services et de soins pour la population de la région. Une rencontre plus formelle a eu lieu le 27 mai 2009 avec les dirigeants du RUIS McGill et plusieurs représentants de l'Abitibi-Témiscamingue afin de mettre en lumière ces difficultés et d'envisager des pistes de solutions. Un des constats importants de cette évaluation est que la région conserve de nombreux corridors de services avec le RUIS de l'Université de Montréal. En fait, la majorité des transferts, autant urgents qu'électifs, vers les grands hôpitaux de Montréal se font vers ceux du RUIS de l'Université de Montréal. À la suite de ce constat, des échanges ont aussi eu lieu avec la Direction des services de santé et médecine universitaire du MSSS afin d'élaborer un plan d'action visant de meilleurs liens de collaboration avec les RUIS. La priorité de tous les intervenants de la région est d'obtenir les meilleurs soins possibles pour la population.

La gestion des PREM en spécialité prévoit, depuis 2004, des règles spécifiques afin d'établir annuellement le nombre requis de spécialistes dans chaque région. Un comité technique a été créé pour chaque RUIS. Il a pour mandat d'évaluer les besoins en spécialité pour ses établissements affiliés. Pour le PREM 2010, la région a fait part de ses besoins au Comité technique RUIS McGill. Par ailleurs, la Direction des services de santé et médecine universitaire du MSSS a annoncé la prolongation de la période d'application des PREM 2009 jusqu'en novembre 2010. Ainsi, chaque région a procédé à l'analyse de chacun des postes actuellement vacants en spécialité afin d'en évaluer la pertinence, d'établir des priorités pour leur dotation et de confirmer que ces postes sont toujours nécessaires en fonction des besoins de la population et de l'organisation des services privilégiée par les agences, le tout en conformité avec les orientations ministérielles.

Activités régionales en santé et services sociaux

Amélioration de la qualité des services

Les activités de l'Agence à l'égard de la qualité des services sont nombreuses et se manifestent par différentes mesures qui impliquent directement les établissements de la région. Encore cette année, l'Agence a mis en œuvre plusieurs actions permettant d'améliorer la qualité de la prestation des services à la population. Plusieurs aspects ont été abordés : recommandations du coroner, agrément des établissements, comités des usagers et programmes de formation pour la prestation sécuritaire des soins et services (gestion des risques).

Agrément des établissements

Comme le prévoit la LSSSS, tous les établissements publics ou privés avaient l'obligation de solliciter un agrément et de franchir toutes les étapes de la démarche avant le 18 décembre 2008 et, par la suite, de renouveler celui-ci tous les trois ans.

Pour l'année financière en cours, cinq établissements de la région ont reçu la visite de l'agrément sur les soins et services offerts dans leurs locaux respectifs. Les visites d'évaluation ont été réalisées aux endroits suivants :

CSSS Les Eskers de l'Abitibi ;
CSSS du Lac-Témiscamingue ;
CSSS de Rouyn-Noranda ;
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa ;
Centre de réadaptation La Maison.

En 2009-2010, certains CSSS de la région ont également reçu la visite de l'agrément pour les services de leur laboratoire biomédical, soit :

CSSS du Lac-Témiscamingue ;
CSSS Les Eskers de l'Abitibi ;
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa.

D'autres visites sont prévues au cours de la prochaine année financière. Rappelons que la démarche d'agrément est un processus complexe qui exige un engagement résolu de la part des établissements et soulignons que l'Agence est particulièrement fière de la rigueur démontrée par ceux-ci.

Comités des usagers

Le mandat et le rôle des comités des usagers envers la promotion et le respect des droits des usagers sont reconnus autant sur le plan local que régional. Sous la coordination de l'Agence, les comités des usagers se sont concertés pour offrir des activités régionales de promotion des droits des usagers adaptées à la population. Les membres des comités des usagers ont mis sur pieds des kiosques d'information dans la communauté, publié un calendrier présentant les droits, fait appel à une compagnie de théâtre mettant en scène des situations qui illustrent les droits des usagers en centre d'hébergement et organisé des conférences avec des personnes-ressources sur des thèmes ayant un lien avec les droits des usagers.

L'Agence a instauré un mécanisme de coordination régionale qui permet aux présidents des comités des usagers de se réunir quatre fois par année pour traiter de leur mandat, mettre en commun leurs réalisations et se concerter pour l'organisation des projets régionaux de promotion des droits des usagers. L'année 2009-2010 a permis à l'Agence et aux comités des usagers, en collaboration avec les établissements, de tenir une semaine de promotion des droits des usagers en février 2010. Tous les comités des usagers ont mis en place des activités dans leur milieu respectif afin de mieux faire connaître les droits des usagers, faciliter leur compréhension et informer la population des ressources disponibles pour accompagner les personnes.

Mesure de contrôle, contention et isolement

En 2009-2010, la formation provinciale destinée aux infirmiers et infirmières, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes et aux médecins s'est poursuivie.

Compte tenu du roulement du personnel professionnel responsable du dossier au MSSS, les suivis concernant ce dossier ont été moins réguliers en 2009-2010.

Enquête et analyse en gestion de risques

Dans le cadre de la prestation sécuritaire des soins et des services, deux journées de formation en gestion des risques ont été réalisées au cours de la présente année financière. La première, qui portait sur l'initiation à la gestion des risques, s'adressait aux nouveaux gestionnaires de risques. Quant à la deuxième journée, elle était à l'intention des gestionnaires de risques déjà en poste et traitait de l'enquête et de l'analyse des évènements en gestion des risques. Cette formation avait pour objectifs d'acquérir des connaissances de base sur le processus d'enquête en gestion des risques et de se familiariser avec les divers outils à utiliser pour identifier les causes et les facteurs qui ont ou auraient pu contribuer à la réalisation de l'évènement.

Facteurs humains en relation avec la sécurité des patients

Considérant le contexte de la pandémie de la grippe A(H1N1), la formation au personnel soignant des CSSS n'a pu être offerte par l'infirmière dont l'Agence avait retenu les services pour exercer les fonctions de formateur.

Plaintes à l'Agence et dans les établissements

Conformément à la LSSSS, le Régime d'examen des plaintes permet aux usagers d'exercer leur droit de porter plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services lorsqu'ils sont insatisfaits des services qu'ils ont reçus ou qu'ils auraient dû recevoir de l'Agence, d'un organisme communautaire, d'une résidence pour personnes âgées ou des services préhospitaliers d'urgence. En plus de l'examen des plaintes, le commissaire régional répond aux demandes d'information concernant les droits des usagers en santé et services sociaux et prête assistance aux personnes pour la formulation de leur plainte concernant le respect de leurs droits. Il répond également aux demandes individuelles et rend disponibles les informations sur l'application de la procédure d'examen des plaintes par des activités de promotion du Régime auprès de la population ainsi que de groupes cibles et il répond aux demandes d'assistance, d'information et de consultation. Le commissaire régional intervient aussi de sa propre initiative auprès des instances concernées lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Le commissaire régional est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence du respect des droits des personnes. Ses fonctions visent à examiner toute situation qui porte atteinte aux droits des usagers et à la qualité des services. La procédure d'examen des plaintes de l'Agence prévoit que les usagers peuvent présenter leur plainte par écrit ou verbalement au commissaire régional qui, à la suite de l'examen d'une situation, peut recommander des mesures correctives pour améliorer la satisfaction des usagers en respect des droits qui leur sont reconnus par la Loi. Au terme de l'examen d'une plainte ou après une intervention, il transmet aux instances concernées ses conclusions et les recommandations pertinentes pour l'ajustement ou l'amélioration des services.

Tableau 17

	2009-2010
Plaintes	19
Assistance, information ou consultation	176
Interventions	10
Total	205

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a examiné 19 plaintes formulées par des personnes insatisfaites des services qu'elles ont reçus ou qu'elles auraient dû recevoir. Les 19 plaintes ont été examinées et traitées en respect avec la procédure d'examen des plaintes de l'Agence. Au 31 mars 2010, le commissaire régional n'avait pas de plainte en cours d'examen. Il a répondu à 176 demandes d'assistance, d'information ou de consultation concernant l'exercice d'un droit en lien avec les services de santé ou les services sociaux. Il est intervenu de sa propre initiative à partir des faits portés à son attention dans 10 situations qui présentaient des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers n'étaient pas respectés. Les situations qui ont nécessité l'intervention du commissaire régional visaient un organisme communautaire, huit résidences pour personnes âgées et, à une occasion, les services préhospitaliers d'urgence. Le nombre total de plaintes et d'interventions du commissaire régional cette année est sensiblement le même qu'en 2008-2009 qui était de 20 plaintes et 140 interventions.

Tableau 18

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2009	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2010	Plaintes abandonnées
CH	19	134	153	128	23	2
CLSC	6	45	51	46	5	0
CHSLD	2	17	19	18	1	0
CR	3	39	42	38	4	0
CPEJ	2	34	36	34	2	0
Total	32	269	301	264	35	2

Selon les dispositions de la Loi, les usagers exercent leur droit de porter plainte par la mise en place d'une procédure sur l'application du Régime d'examen des plaintes adoptée par le conseil d'administration d'un établissement. La procédure détermine les modalités d'accès au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné. Celui-ci examine et traite la plainte de l'usager après avoir jugé de sa recevabilité en respect avec les dispositions de la Loi. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services examine et analyse les motifs d'insatisfaction portés à son attention à l'égard des services offerts par l'établissement. Au terme de l'examen de la plainte, le commissaire émet ses conclusions et formule, s'il y a lieu, une recommandation qui prévoit la mise en place d'une mesure corrective afin de rétablir la situation qui porte atteinte aux droits de l'usager. Les recommandations du commissaire local visent à identifier les situations qui influencent la qualité des services offerts à l'usager et à recommander des moyens pour améliorer les soins et les services. Tout comme pour le commissaire régional, les interventions du commissaire local ont pour but ultime de répondre à

des standards de qualité dans la prestation des services en tenant compte des attentes et des besoins des usagers. Le tableau 18 présente le bilan des plaintes traitées par les commissaires locaux des établissements selon les missions et le tableau 19 résume le bilan des plaintes transmises aux médecins examinateurs des CSSS.

Au cours de l'exercice 2009-2010, les commissaires locaux des établissements ont reçu 269 plaintes. Au 1er avril 2009, 32 plaintes étaient en voie de traitement, ce qui porte le nombre total de plaintes à 301 au cours de l'année. De ce total, les commissaires locaux ont conclus 264 plaintes après examen. Au 31 mars 2010, 35 plaintes étaient en cours d'examen et 2 plaintes ont été abandonnées par les personnes ayant exercé leur droit de porter plainte.

Tableau 19
Plaintes traitées par les médecins examinateurs des établissements au 31 mars 2010

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2009	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2010
CH	32	77	109	74	35
CLSC	0	1	1	1	0
CHSLD	0	1	1	1	0
Total	32	79	111	76	35

Les médecins examinateurs de la région ont reçu 79 plaintes médicales en 2009-2010. Au 1er avril 2009, 32 plaintes étaient en cours d'examen, pour un total de 111 pour l'exercice 2009-2010. Les médecins examinateurs ont formulé des conclusions à la suite de l'examen de 76 plaintes. Finalement, au 31 mars 2010, 35 plaintes étaient en voie de traitement.

Le total des plaintes adressées aux commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et aux médecins examinateurs est de 380 pour 2009-2010. Cela correspond à une légère hausse du nombre de plaintes, par rapport à 365 en 2008-2009.

Recommandations du coroner

À la suite des conclusions et des recommandations du coroner, l'Agence a assuré un suivi spécifique auprès des établissements. À ce titre, les conclusions de quatre rapports ont fait l'objet d'une vérification par l'Agence auprès des directions générales, des responsables de la qualité ainsi que des responsables des unités de soins des établissements concernés par les recommandations. Les établissements ont produit des avis et des feuillets d'information s'adressant à la population dans l'objectif de fournir des conseils de prévention, comme il a été recommandé par le coroner.

Visites d'appréciation de la qualité des services

Aucune visite d'appréciation n'a été effectuée au cours de l'année 2009-2010 puisqu'une grande partie des énergies du personnel du réseau et de l'Agence a été mobilisée par la pandémie de la grippe A(H1N1). L'Agence a toutefois assuré le suivi des plans d'action découlant des recommandations des visites effectuées au cours des années antérieures.

Plan d'action à l'égard des personnes handicapées

Le plan d'action 2009-2012 à l'égard des personnes handicapées a été adopté au conseil d'administration de l'Agence le 30 septembre 2009. Ce plan d'action fait suite au plan d'action 2005-2008 ainsi qu'au bilan effectué en 2009.

Communautés autochtones

En 2009-2010, l'Agence a continué ses efforts pour adapter les interventions du réseau en milieu autochtone et assurer un accès équitable à des services de qualité aux membres des communautés autochtones de la région.

Sur le plan institutionnel, la collaboration s'est poursuivie par des rencontres et des échanges réguliers avec Santé Canada, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) et la Commission de santé et de services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

À l'initiative de la Conférence administrative régionale de l'Abitibi-Témiscamingue, l'Agence a participé à une rencontre avec les autres partenaires institutionnels de la région pour échanger sur les questions autochtones et plus particulièrement sur le projet du village Wanaki pour la communauté de Kitcisakik.

Les communautés : l'Agence a multiplié les échanges avec les centres de santé des communautés pour les accompagner dans leurs projets ou pour répondre à des besoins ponctuels. Elle a ainsi participé à différentes rencontres de travail dans les communautés, à la *Fête de la santé* organisée par le centre de santé de Kitcisakik en août 2009 ainsi qu'à l'inauguration des premières maisons rénovées dans cette collectivité. Elle a aussi poursuivi ses démarches pour développer la collaboration entre les centres de santé des communautés et les établissements du réseau. Les intervenants et le personnel infirmier des communautés sont régulièrement invités à se joindre aux formations, colloques et autres évènements réalisés par l'Agence. Ainsi, lors du colloque sur la prévention du suicide, organisé par l'Agence et ses partenaires en février 2010, un atelier animé par un représentant de la CSSSPNQL a été consacré à la réalité autochtone.

Les communiqués de presse produits par l'Agence sont systématiquement transmis aux directeurs des centres de santé des communautés en tenant compte de la spécificité anglophone des communautés de l'Ouest.

Dans le cadre du Fonds de transition pour la santé des autochtones (FTSA) initié par Santé Canada, trois projets appuyés par l'Agence sont en cours de concrétisation. Il s'agit des projets élaborés par le Centre de santé d'Eagle Village First Nation (Kipawa), par l'Algonquin Nation Program and Services Secretariat (APNSS) ainsi que par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. L'Agence a offert son soutien aux promoteurs de ces projets afin de favoriser leur réussite :

- en participant aux rencontres du comité directeur du projet d'intégration *Niwijiwa Minomatisiwin* d'Eagle Village First Nation ainsi qu'aux deux lacs-à-l'épaule organisés pour le personnel du CSSS de Témiskaming-et-de-Kipawa et du Centre de santé de cette communauté ;
- en participant au groupe de travail sur le contenu de la journée de sensibilisation à la culture et aux réalités autochtones, élaboré par l'ANPSS, en partenariat avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, et destiné au personnel du réseau de la santé et des services sociaux;
- en poursuivant la collaboration et les échanges réguliers avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

Lac-Simon : Au cours de l'exercice 2009-2010, l'Agence a multiplié les échanges avec la communauté du Lac-Simon pour la soutenir dans la crise qu'elle traverse à la suite du suicide de quatre jeunes filles et des nombreuses tentatives d'autres jeunes. Dans ce contexte, l'Agence est partie prenante d'un projet-pilote de clinique mobile *Mieux-être en santé mentale* initié par la CSSSPNQL et a participé à deux rencontres à ce titre avec le CSSS de la Vallée-de-l'Or, le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) et des représentants du Lac-Simon.

C'est également dans ce contexte que l'Agence a débuté des démarches auprès de Santé Canada afin de créer un poste d'agent de liaison pour faciliter le continuum de services pour les membres des communautés du Lac-Simon et de Kitcisakik utilisant les services du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

Kitcisakik : Dans le cadre du projet de recherche sur la *Rédaction de la pratique clinique ayant eu cours à Kitcisakik* et à la suite de la présentation des résultats d'une recherche-action menée auprès des femmes en 2008-2009, les partenaires ont manifesté un réel intérêt à poursuivre les travaux. Ainsi, ils ont soutenu financièrement la réalisation de la phase II du projet qui vise à effectuer une enquête similaire chez les hommes. Les activités de la recherche-action se poursuivront jusqu'en février 2011.

Lutte contre l'homophobie : Des démarches ont été initiées avec les trois communautés anglophones afin de les sensibiliser à la problématique de l'homophobie et de les outiller pour améliorer leur façon d'intervenir auprès des personnes homosexuelles et bisexuelles par une formation adaptée à leur culture et leurs valeurs.

Développement des services sociaux de première ligne : À la suite de l'annonce faite le 25 août 2009 par des représentants du Canada, du Québec et de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador concernant l'octroi d'un financement pour développer les services sociaux de première ligne dans les communautés autochtones, l'Agence a participé à deux rencontres organisées par le MAINC avec les communautés algonquines de la région et le CJAT. Les objectifs de ces rencontres étaient, d'une part, d'échanger avec les communautés sur ce projet qui vise la mise en place d'une approche améliorée, axée sur la prévention dans les communautés autochtones et, d'autre part, de discuter des étapes à venir pour l'implantation de ces services de première ligne.

Autochtones en milieu urbain : Consciente des problématiques vécues par la population autochtone demeurant en milieu urbain, l'Agence a poursuivi sa collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Elle a ainsi appuyé deux projets élaborés par ce centre et destinés à la clientèle autochtone, l'un pour la lutte contre le tabagisme et l'autre pour la promotion des saines habitudes de vie. À l'invitation du centre, elle a participé à différentes rencontres dont un séminaire sur les enjeux et défis en santé et services sociaux pour les autochtones vivant en milieu urbain ainsi qu'une journée de réflexion sur le racisme et la discrimination. L'Agence travaille également en étroite collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or pour le dossier de l'itinérance, car cette problématique touche également les autochtones.

Services préhospitaliers d'urgence

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de cartes d'appel ouvertes au Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue (CCSAT) pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2009	15 210	Répondre à tous les appels	16 134
Nombre de municipalités ayant un service de premiers répondants	2	S.O.	2

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de transports ambulanciers réalisés	11 838	Répondre à toutes les demandes de transport	12 568

Commentaires

Les maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière sont : les premiers intervenants, les centres 9-1-1, les centres de communication santé, les services de premiers répondants, les services ambulanciers ainsi que les établissements receveurs. En conformité avec les orientations, les priorités et les objectifs ministériels, l'Agence doit coordonner les services préhospitaliers d'urgence.

Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence exerce l'autorité clinique pour le respect des normes de qualité : il contrôle et apprécie la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence et s'assure de la formation continue, du maintien et de l'évaluation des compétences du personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence. Il assume également l'encadrement médical du Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue (CCSAT).

Le CCSAT est en opération depuis 2007. Il a pour fonction de recevoir les appels du centre 9-1-1 (appels provenant d'une personne ou d'un établissement qui demande l'intervention des services préhospitaliers d'urgence), de traiter et de prioriser les appels conformément aux protocoles approuvés par le Ministre, d'affecter et de répartir les ressources préhospitalières disponibles de façon appropriée, efficace et efficiente. Tous les appels doivent être reçus et traités par le CCSAT et les informations relatives à un appel sont consignées dans une carte d'appel. Le nombre d'appels traités est passé de 15 210 en 2008 à 16 134 en 2009.

Les municipalités de la région peuvent faire la demande à l'Agence afin de mettre sur pied un service de premiers répondants puisque c'est elle qui est responsable de la formation et de l'accréditation de ces services. Elle est également responsable du programme de maintien des compétences et de l'assurance qualité des interventions qui sont posées par ces services. Le service de premiers répondants est sollicité par le CCSAT pour les appels d'urgence qui requièrent des premiers soins de stabilisation, conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés par le Ministre. Les premiers répondants appliquent les protocoles pour prévenir la détérioration de l'état de la personne en détresse et transfèrent aux techniciens ambulanciers la responsabilité des interventions à leur arrivée sur les lieux. À défaut d'avoir un service de premiers répondants, six municipalités de la région ont un véhicule d'urgence muni d'un défibrillateur externe automatisé.

Cette année, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 12 568 transports, ce qui représente une augmentation de 730 transports par rapport à l'année précédente.

Zone	**Nombre de transports selon les territoires en 2008-2009**		
		2008-2009	2009-2010
801	Ambulances Témiscaming	345	362
802	Ambulances Abitémis (Ville-Marie)	754	815
803	Ambulances Abitémis (Rouyn-Noranda)	3100	3298
804	Ambulances Abitémis (La Sarre)	1529	1576
805	Ambulances Abitémis (Amos)	1336	1409
806	Ambulances Val-d'Or	3069	3291
807	Ambulance Senneterre	339	327
810	Ambulances Abitémis (Malartic)	471	513
811	Ambulances Abitémis (Notre-Dame-du-Nord)	311	301
812	Ambulance Boulay (Parc de la Vérendrye)	86	108
813	Ambulances Abitémis (Cadillac)	169	169
814	Ambulances Abitémis (Barraute)	203	264
820	Ambulance Bella-Meau (Belleterre)	126	135

On observe que 77 % des transports sont effectués à la suite d'appels de la population comparativement à 23 % qui proviennent des établissements du réseau.

Répartition des transports en fonction de la provenance :

	2008-2009	2009-2010
Transports effectués à la suite d'appels de la population	9005	9675
Transports effectués à la suite d'appels du réseau	2833	2893

Le programme d'amélioration continue de la qualité a pour mandat principal la révision et l'analyse des interventions cliniques effectuées par les techniciens ambulanciers et les premiers répondants, conformément au Plan qualité provincial. Les interventions révisées couvrent les champs d'intervention suivants : traumatismes majeurs, réanimation cardio-respiratoire, médico-légal, difficultés respiratoires, interventions avec administration de médicaments ainsi que les interventions où un usager à risque refuse les soins ou le transport vers l'établissement. Une fois la révision complétée, si des écarts sont constatés dans l'application des protocoles d'intervention clinique, un soutien est accordé aux techniciens ambulanciers concernés. Il se traduit par des rencontres de rétroaction et, si nécessaire, des formations et de l'encadrement clinique afin d'assurer l'accessibilité à des soins sécuritaires et de qualité pour la population.

Violence faite aux femmes

En 2009-2010, l'Agence a poursuivi le soutien et la coordination de la Table régionale de concertation en matière de violence faite aux femmes, notamment en contribuant à l'élaboration du *Plan d'action régional en matière de violence faite aux femmes : Mobilisation, partenariat, conviction pour contrer la violence faite aux femmes.* Ce plan d'action a été lancé lors d'une journée réunissant plus de 200 personnes en septembre 2009.

Par ailleurs, l'Agence a également financé des projets visant la prévention de la violence faite aux femmes pour une somme totale de 60 000 $.

PRENDRE NOTE : Pour cette section du chapitre 2, les cibles inscrites, en ce qui concerne l'entente de gestion, correspondent aux engagements pour 2009-2010.

Programmes de Services

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Accès aux services

Attente administrative

Objectif de résultats

Actualiser le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.*

Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats 2009-2010***
Nombre d'établissements ayant désigné un responsable de la mise en œuvre du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*	8	8	8
Pourcentage de respect des standards pour la clientèle classée de niveau de priorité *urgent* pour tous les âges et *élevé* pour les moins de 6 ans	S.O.	90 %	CSSS : 32,14 % CR : 89,64 %
Pourcentage de respect des standards pour la clientèle classée de niveau de priorité *élevé* pour tous les âges	S.O.	75 %	CSSS : 44,44 % CR : 83,33 %

Commentaires

Chaque établissement concerné par le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* a nommé un gestionnaire d'accès avant le lancement dudit plan. Depuis, chacun a désigné un substitut permettant d'assurer la continuité des activités reliées à ce dossier. La cible demeure atteinte pour cet indicateur.

Des suivis réguliers ont eu lieu entre les établissements et l'Agence, ce qui a permis l'appropriation du plan et des niveaux de priorité pour les usagers ayant une déficience qui requièrent un premier service ainsi que le processus de saisie des données. Après un an d'implantation, les données inscrites ont connu des fluctuations et des ajustements. Ce changement de pratique important et des difficultés liées à la codification en CSSS expliquent en partie les résultats pour cette année de transition.

En ce qui concerne les centres de réadaptation (CR), la cible est atteinte pour les demandes classées *urgentes* et *élevées* (pour les moins de 6 ans) avec un taux de 89,64 % pour 74 usagers rencontrés la première année et elle est également atteinte pour les demandes de priorité *élevée*, pour tous les âges, avec un taux de 83,33 % pour quinze usagers rencontrés au cours des six derniers mois.

Le résultat obtenu pour les CSSS indique que la cible n'est pas atteinte sur le plan régional pour les taux de respect des standards. Il faut toutefois préciser que trois des six CSSS ont atteint la cible. Un suivi est assuré par l'Agence auprès des trois autres établissements afin que les services requis y soient assurés le plus tôt possible.

Dans le but de développer une vision régionale commune, les échanges se poursuivent sur les différentes thématiques telles que les standards d'accès et de continuité, la gestion centralisée et les mécanismes d'accès.

De plus, à l'hiver 2010, chaque établissement a réalisé le bilan de son plan local d'amélioration des services aux personnes ayant une déficience. Par la suite, l'Agence a produit un bilan régional de cet accès aux services.

Un bilan du plan régional d'amélioration des services est en cours de rédaction pour ces mêmes clientèles.

Activités de jour et répit-dépannage

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Transférer les responsabilités et les montants dévolus, pour les activités de jour et le répit-dépannage réalisés en organismes communautaires, des CR vers les CSSS et les organismes communautaires.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Transferts des responsabilités et des sommes dévolues aux activités de jour et au répit-dépannage	Travaux complétés et transferts planifiés	Travaux complétés et transferts réalisés	Travaux complétés et transferts financiers réalisés

Commentaires

En ce qui concerne les activités de jour, une rencontre bilan avec les partenaires impliqués a permis de connaître l'avancement des travaux dans les territoires. Ces partenaires sont en l'occurrence le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Clair Foyer, le CR La Maison, les CSSS et les organismes communautaires. Dans quatre des six territoires, une entente a été signée entre les partenaires. Dans le cinquième, une entente est en cours de discussion, tandis que dans le dernier, les services en activités de jour sont réalisés, mais aucune entente n'est prévue entre les partenaires à cet effet.

En ce qui concerne le répit-dépannage, une rencontre bilan a également eu lieu avec les partenaires impliqués. Dans un territoire, une entente de services est signée avec le CSSS alors que des discussions ont débuté et doivent se poursuivre en vue d'une signature au cours de la prochaine année pour deux autres territoires. Aux endroits où il n'y avait pas d'organisme communautaire gestionnaire du répit-dépannage, des ententes de services sont à convenir entre les CSSS et les deux CR.

Quoi qu'il en soit, le transfert financier des ententes a été complété. Le montant de celles-ci a été versé aux organismes communautaires concernés, dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et aux CSSS.

Réinsertion sociale – Déficience intellectuelle

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer la réinsertion sociale des 53 personnes hébergées au CRDI Clair Foyer et au CSSS des Aurores-Boréales.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de personnes intégrées dans un milieu adapté	53 personnes d'ici décembre 2009	53 personnes d'ici décembre 2009	36

Commentaires

Les travaux visant la réinsertion sociale de 53 personnes présentant une déficience intellectuelle se sont poursuivis en 2009-2010.

Un peu plus des deux tiers des usagers visés par le projet de réinsertion sociale ont été intégrés avec succès dans des milieux de vie adaptés à leur situation. Des essais d'intégration sociale pour deux usagers ont également été effectués, mais leur condition personnelle a nécessité une réintégration du milieu dit de l'*internat*.

Au cours de l'année 2010-2011, la construction d'une ressource à assistance continue permettra l'hébergement de cinq autres usagers. Afin de compléter le projet de réinsertion sociale, la région devra se doter d'environ douze nouvelles places en ressource de type familial et en ressource intermédiaire pour les personnes actuellement hébergées à l'unité de transition et de réadaptation du CRDI Clair Foyer.

En fin d'année 2009-2010, l'Agence a confirmé le transfert de responsabilité quant à l'hébergement de l'ensemble de cette clientèle au CRDI Clair Foyer.

Services spécialisés – Troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de troubles envahissants du développement (TED) en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service ICI	13	14	11

Commentaires

Un service ICI est accordé à onze enfants de moins de 6 ans dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. La cible n'est donc pas atteinte. Cependant, il faut noter qu'il n'y a aucun jeune de moins de 6 ans en attente de service.

Les CSSS effectuent un dépistage en ce qui a trait au développement des enfants lors de la vaccination et avant l'entrée scolaire. Cette activité permet l'identification des jeunes âgés entre 18 mois et 3 ans qui pourraient connaître un retard de développement.

Le service comprend de l'intervention directe auprès de l'enfant et des interventions auprès des parents afin de les outiller pour soutenir le développement de leur enfant. Ajoutons que le CR La Maison favorise l'intégration de ces enfants en milieu de garde et que les éducateurs des centres de la petite enfance (CPE) sont aussi soutenus dans leur intervention.

Services spécialisés - Troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un TED en augmentant le nombre de personnes de 6 ans et plus desservies.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de personnes de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	89	97	111

Commentaires

La cible est largement dépassée pour la région. Une hausse de 22 usagers est observée comparativement à l'année précédente. Cela s'explique par une portion des usagers de 2 à 5 ans qui sont passés dans le groupe d'âge des 6 ans et plus. Six nouvelles demandes ont également été adressées au CR La Maison par les CSSS de la région dans le cadre de la mise en oeuvre du plan d'accès.

Au 31 mars 2010, quatre personnes sont en attente de services.

Soutien à domicile - Déficience intellectuelle - Troubles envahissants du développement

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	462	330	374
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	5,83	7	7,48

Commentaires

La cible visée pour le nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile pour l'année 2009-2010 est dépassée. L'augmentation des personnes desservies au soutien à domicile par les CSSS est constante depuis quelques années. La poursuite des travaux en activités de jour et répit-dépannage a permis l'identification de nouveaux usagers.

Le nombre moyen d'interventions par usager en soutien à domicile dépasse l'objectif visé pour 2009-2010. Malgré la hausse de la clientèle en 2009-2010, les CSSS ont augmenté l'intensité de leurs services. L'ajout des intervenants-pivots dans chacun des CSSS y a contribué en grande partie.

Soutien à domicile DI - Troubles envahissants du développement

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	220	220	227

Commentaires

Le nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille a reçu des allocations directes a augmenté de sept usagers en 2009-2010. La cible ministérielle fixée à 202, est dépassée d'environ 12 %.

Déficience physique

Note : Le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* ainsi que les activités de jour et de répit-dépannage, traités précédemment, concernent aussi les personnes ayant une déficience physique.

Services aux personnes aux prises avec un traumatisme craniocérébral léger

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Produire le *Plan d'organisation des services pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL).*

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Produire le plan régional pour les TCCL	S.O.	Produire le plan	Plan produit

Commentaires

Ce plan identifie les objectifs régionaux à atteindre en fonction des cinq zones d'amélioration de l'offre de service pour cette clientèle. Il précise les actions à entreprendre et les indicateurs qui serviront à évaluer son évolution.

Le *Plan régional d'organisation des services pour la clientèle ayant subi un TCCL* a été déposé pour commentaires au comité de direction de l'Agence, au comité régional de traumatologie ainsi qu'au groupe-conseil de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Les différents avis permettront, le cas échéant, d'ajuster le plan; il sera ensuite approuvé par le conseil d'administration de l'Agence et déposé au MSSS.

Services spécialisés

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2 346	2 346	2 215

Commentaires

L'objectif régional de maintenir pour l'année 2009-2010 le nombre d'usagers desservis en 2008-2009 n'est pas atteint. Toutefois, la région rejoint plus de personnes que les attentes du MSSS qui sont de 2 134 usagers.

C'est le nombre de personnes rejointes en déficience motrice qui a diminué de façon importante en raison d'une part, de la baisse du nombre de demandes et d'autre part, de la difficulté à remplacer certains professionnels. La clientèle en déficience visuelle est en légère hausse, celle en déficience de la parole et du langage est assez stable et celle aux prises avec une déficience auditive connaît une hausse assez importante depuis quelques années avec une augmentation du nombre d'aînés.

La liste d'attente est passée de 60 personnes au 31 mars 2009 à 88 personnes au 31 mars 2010; ceci est principalement dû à la hausse de la demande en déficience auditive.

Par ailleurs, le nombre total d'heures de services assurés est en hausse : en 2008-2009, 66 764 heures ont été assurées et 68 740 heures en 2009-2010.

Soutien à domicile

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats 2009-2010***
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 481	1 481	1 397
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	14,7	14,7	15,1

Commentaires

Le résultat visé pour le nombre d'usagers rejoints n'est pas atteint. Cependant, la région dépasse largement la cible ministérielle du plan stratégique 2005-2010 qui est de 1 028 personnes pour l'Abitibi-Témiscamingue. La diminution du nombre d'usagers par rapport à 2008-2009 est due à des corrections de codification qui se sont poursuivies en 2009-2010 et qui devraient être terminées au cours de l'an prochain. Ces corrections amènent le transfert d'usagers de la déficience physique au profit de la perte d'autonomie liée au vieillissement.

En ce qui concerne l'intensité des services, le nombre d'interventions par usager par année est en hausse et la cible est légèrement dépassée. Mentionnons également que cet indicateur ne tient pas compte des services offerts par le biais d'allocations directes ou par des achats de services auprès d'entreprises d'économie sociale.

Soutien à domicile

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	214	214	205

Commentaires

La cible est pratiquement atteinte et correspond presque à l'objectif visé par le plan stratégique 2005-2010 qui est de 210 familles. Il n'y a pas d'usagers en attente de service.

Dépendances

Jeu pathologique

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	70	80	58

Commentaires

En tout, 58 joueurs et quatre personnes de l'entourage de joueurs ont été rejoints dans le cadre de ce service pour un total de 62 personnes différentes. L'écart entre les résultats des années 2008-2009 et 2009-2010 s'explique du fait que le déploiement de l'application SIC-CRD au 1er avril 2008 a impliqué la saisie manuelle de données dans le système. Les usagers déjà suivis en début d'année ont été considérés comme de *nouveaux* usagers par l'application, ce qui a entraîné des résultats erronés pour l'année 2008-2009. À partir de 2009-2010, les données représentent plus fidèlement la réalité.

Services de première ligne – Toxicomanie

Attente administrative

Objectif de résultats

Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	135	107	111

Commentaires

La comparaison des résultats entre 2008-2009 et 2009-2010 doit être effectuée avec réserve étant donné que le déploiement de l'application SIC-SRD le 1er avril 2008 a impliqué une saisie manuelle des données manuscrites vers SIC-SRD, ce qui ne permettait pas de distinguer les nouveaux usagers de l'année 2008-2009 de ceux de l'année précédente. À partir de 2009-2010, les données représentent plus fidèlement la réalité puisque l'application était déjà déployée au 1er avril 2009.

L'Agence a organisé et animé des rencontres avec la table régionale des gestionnaires du programme dépendances et maintenu son soutien au comité régional des intervenants-pivots. Ces rencontres permettent une compréhension commune des rôles et des responsabilités des différents acteurs. Ainsi, les intervenants de première ligne sont mieux outillés pour référer, le cas échéant, aux services spécialisés.

Services de première ligne - Toxicomanie

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accès au programme Alcochoix+ dans chaque territoire de CSSS.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de CSSS dotés du programme Alcochoix+	3	6	6

Commentaires

L'Agence, en collaboration avec la table des gestionnaires du programme dépendances, a complété l'organisation d'une formation régionale sur le programme Alcochoix+. Cette formation a eu lieu les 9 et 10 novembre 2009. Tous les intervenants-pivots en dépendances des CSSS de la région étaient présents à ces deux journées.

En date du 31 mars 2010, chacun des CSSS était en mesure d'offrir le programme Alcochoix+ en Abitibi-Témiscamingue. Ce service est donc accessible sur l'ensemble du territoire témiscabitibien.

Dépendance aux opioïdes

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer l'accès à un service régional de traitement de substitution aux opioïdes.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Projet-pilote de service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes	Amorce des travaux de conception	Mise en place du service	Service régional mis en place

Commentaires

Le projet-pilote a été achevé en début d'année et le service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes a été mis en place sous le leadership du Centre Normand. Une infirmière-pivot a d'ailleurs été embauchée par cet établissement et a amorcé ses activités au cours de 2009-2010.

L'Agence a organisé un deuxième cycle de formation sur le traitement de la dépendance aux opioïdes à l'intention des médecins et des infirmières. Les intervenants psychosociaux seront, quant à eux, formés en avril 2010.

Liaison à l'urgence

Attente administrative

Objectif de résultats

Implanter une équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Élaboration d'un projet d'équipe de liaison spécialisée en dépendances	Travaux amorcés	Projet d'équipe de liaison élaboré	Projet d'équipe de liaison élaboré

Commentaires

Les travaux ont permis d'élaborer un projet d'équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence du CSSS de la Vallée-de-l'Or. Le projet fait consensus entre le Centre Normand et le CSSS de la Vallée-de-l'Or et sera présenté à l'Agence en début de 2010-2011.

Jeunes en difficulté

Équipe d'intervention jeunesse

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et la continuité des services aux jeunes en difficulté et à leur famille par l'implantation d'une équipe d'intervention jeunesse (EIJ) dans chaque territoire local de la région.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Proportion de territoires dotés d'une EIJ	50 %	50 %	50 %

Commentaires

La cible est atteinte. Trois territoires sur six ont une EIJ en place. Pour deux territoires peu populeux, ce mécanisme n'apparaît pas nécessaire puisque les situations complexes sont traitées autrement, en collaboration entre les partenaires.

Le sixième territoire a un mécanisme qui permet de régler ces situations. On observe toutefois que seulement deux situations ont nécessité l'utilisation du mécanisme et aucun plan de service individualisé (PSI) n'a été requis. Cela semble peu selon l'analyse de l'Agence. Ainsi, un suivi sera assuré car ce territoire couvre près du tiers de la population de la région.

En 2009-2010, 36 nouvelles situations ont fait l'objet d'une analyse par les EIJ de la région. Ajoutons que 38 situations ont entraîné l'élaboration ou la révision d'un PSI. Le nombre moyen de problématiques traitées par situation est de 3,5 en impliquant une moyenne de trois partenaires différents. Ces données démontrent à nouveau toute l'importance des EIJ pour faciliter la réponse à des besoins de services pour les situations plus ou moins complexes.

Expertise psychosociale

Attente administrative

Objectif de résultats

Répondre aux demandes d'expertise de la Cour dans les délais souhaités.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Délai moyen entre la date de réception de la demande par le CJAT et la date de transmission du rapport à la Cour	3 mois	3 mois	6,1 mois

Commentaires

La cible n'est pas atteinte. Les délais ont augmenté pour les demandes d'expertise en psychologie à la suite du départ de la personne-ressource ayant développé cette expertise. Des efforts sont mis en œuvre pour remédier à la situation, mais les difficultés de disponibilité de ressources demeurent problématiques.

Plan de formation jeunesse

Attente administrative

Objectif de résultats

Poursuivre le déploiement du plan de formation jeunesse.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'intervenants en CSSS et au CJAT ayant eu la formation sur le *projet de vie*	S.O.	S.O.	CSSS : 28 CJAT : 156
Nombre de personnes formées sur l'hébergement en unité d'encadrement intensif	S.O.	S.O.	84
Nombre de personnes formées en intervention en unité d'encadrement intensif	S.O.	S.O.	5

Commentaires

La cible est atteinte. En centre jeunesse, 128 intervenants, dix-neuf gestionnaires et neuf personnes autres que la clientèle visée par le MSSS ont reçu la formation sur le *projet de vie* alors qu'en CSSS, deux coordonnateurs cliniques, cinq gestionnaires et 21 intervenants ont été rejoints, ce qui correspond à la clientèle visée.

En ce qui concerne les mesures restrictives de liberté, 84 personnes ont reçu la formation sur l'hébergement en unité d'encadrement intensif et cinq personnes ont reçu la formation sur l'intervention en unité d'encadrement intensif, la majorité travaillant dans des unités de vie du CJAT.

Programme de qualification des jeunes

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer la prestation de services par le Programme de qualification des jeunes (PQJ).

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de jeunes différents ayant bénéficié du PQJ	24	20	29

Commentaires

La cible est atteinte et même dépassée. En moyenne, dix-sept jeunes étaient suivis par période. Une intervenante a d'ailleurs été ajoutée temporairement à l'équipe pour assumer les nouvelles demandes en attente de services.

Services de première ligne - Jeunes et leur famille en difficulté

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	2 524	2 200	2 803
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,4	7	6,92

Commentaires

La cible concernant le nombre d'usagers rejoints est largement dépassée.

Ceci a un impact sur l'intensité des services reçus en CSSS. Effectivement, le nombre moyen d'interventions par usager a diminué mais cette cible est toutefois presque atteinte. Notons qu'il y a deux CSSS qui ont eu des difficultés à recruter du personnel pendant plusieurs mois. Deux autres CSSS utilisent l'approche milieu, ce qui s'adresse à une large partie de la population.

Par ailleurs, les services offerts comprennent la clientèle en milieu scolaire, s'inscrivant davantage dans le programme services généraux et nécessitant moins d'interventions que les jeunes en difficulté.

Services de deuxième ligne - Jeunes et leur famille en difficulté

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	14	14	12,95
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	10,6	20	9,17
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	7,5	14	4,44

Commentaires

La cible pour le délai d'attente à l'évaluation est atteinte. Les résultats incluent la clientèle autochtone sur réserve.

La cible concernant le délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse est atteinte et bien en deçà de la norme de 30 jours. Les efforts sont maintenus. Ici encore, les résultats incluent les autochtones sur réserve.

La cible est également atteinte et en deçà de la norme (14 jours) en ce qui concerne le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA. Les résultats englobent les autochtones sur réserve.

Notons que malgré une hausse des signalements reçus et retenus, le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue a réussi à améliorer de façon remarquable l'atteinte des indicateurs précédents.

Services d'intervention en situation de crise

Attente administrative

Objectif de résultats

Augmenter le nombre de familles bénéficiant d'un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés	2	2	4
Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive	N/D	22	153

Commentaires

À ce jour, quatre CSSS sur six offrent des services d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu. Au total pour la région, 153 jeunes et familles ont été rejoints par ces services. Toutefois, les services en place ne correspondent pas à tous les standards de *l'Offre de service 2007-2012 Programme-services Jeunes en difficulté*. Des travaux de collaboration entre les CSSS et le CJAT sont en cours afin de répondre davantage aux standards et de permettre la mise en place du programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) dans l'ensemble des CSSS.

Supervision des droits d'accès

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer des services de supervision des droits d'accès (SDA) dans chaque territoire de CSSS.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de territoires de CSSS ayant un service de SDA	1	2	0

Commentaires

Aucune entente concernant les services SDA n'a été signée. Toutefois, des travaux sont en cours dans trois territoires de CSSS à cet égard. Un seul d'entre eux dispensait les services de SDA, mais faute de fonds suffisants, l'organisme a mis fin à ce volet d'activités au printemps 2009.

Diverses mesures sont mises en place pour répondre à des besoins ponctuels par les CSSS où le service n'est pas disponible. De plus, les demandes provenant de la Chambre de la jeunesse sont toutes assumées par le CJAT.

Une entente entre le CSSS du Lac-Témiscamingue et un organisme communautaire est en processus de réalisation avec la collaboration du CJAT. Un soutien financier non récurrent de l'Agence devrait permettre sa mise en œuvre en 2010-2011.

Il demeure difficile de développer ces services dans la région car la dispersion de la clientèle sur le territoire implique la mise en place de six organisations de services, ce qui nécessite des investissements importants.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Maintien dans la communauté – Places de soins post-hospitaliers

Attente administrative

Objectif de résultats

Maintenir des places de soins post-hospitaliers pour les personnes âgées.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de projets	1	1	1
Nombre de places d'hébergement	4	4	4

Commentaires

Une entente a été conclue en 2008-2009 entre le CSSS de la Vallée-de-l'Or et une résidence privée pour quatre lits de soins post-hospitaliers. Le projet vise des personnes ayant un profil gériatrique nécessitant une convalescence, de la rééducation et de la réadaptation en prévision d'un retour à domicile. En 2009-2010, le taux moyen d'occupation est de 75 %. La très grande majorité des personnes retournent à domicile (75 %) et en résidence privée (5 %) après un séjour dans ces lits.

Maintien dans la communauté – Places d'hébergement non institutionnelles

Attente administrative

Objectif de résultats

Développer des places d'hébergement non institutionnelles du type *projet novateur*.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de projets	3	4	4
Nombre de places d'hébergement	41	59	59

Commentaires

Le CSSS du Lac-Témiscamingue a été le premier à développer, en 2004, un projet novateur de quinze places pour des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Un montant non récurrent pour l'année 2010-2011 a été alloué à ce CSSS pour consolider les soins infirmiers assurés à la clientèle.

Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi a un projet de seize places pour les personnes présentant des déficits cognitifs modérés ou avec une déficience physique nécessitant un milieu adapté. Le projet initial devait débuter en 2006-2007 mais, en raison de difficultés imprévisibles, une entente conclue avec les Clercs St-Viateur a permis d'héberger temporairement les personnes visées par le projet à partir de mai 2009. Les démarches se poursuivent pour la mise en place d'un projet permanent.

Le CSSS de la Vallée-de-l'Or a conclu une entente avec une résidence privée pour un projet de dix places avec une clientèle ayant une légère perte d'autonomie cognitive. En mai 2009, la ressource a accueilli progressivement la clientèle référée par le CSSS.

Quant au CSSS de Rouyn-Noranda, une entente a été conclue avec l'Office municipal d'habitation (OMH) en janvier 2010 pour 28 personnes ayant une légère perte d'autonomie cognitive ou physique. Il est à noter que dix-huit places sont réservées au CSSS pour une clientèle répondant aux critères d'admission de la résidence.

Jusqu'ici, tous les projets novateurs ont nécessité la collaboration de partenaires du milieu. Les personnes qui ont bénéficié des services en sont très satisfaites. Divers défis sont à relever. Toutefois, un soutien financier est nécessaire à la réalisation de tels projets.

Maintien dans la communauté - Soutien en logement social

Attente administrative

Objectif de résultats

Consolider et développer le soutien communautaire en logement social.

Indicateurs		*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre total d'unités d'habitation desservies		761	S.O.	1022
Nombre d'unités selon la clientèle	PALV	476	S.O.	692
	DI – TED, DP, santé mentale et familles	285	S.O.	330

Commentaires

Depuis 2008-2009, les CSSS se sont associés progressivement à divers partenaires, tels que des offices municipaux d'habitation à loyer modique (HLM), des organismes sans but lucratif (OSBL) et autres, pour développer des projets de soutien communautaire en logement social. En 2009-2010, tous les territoires de la région ont mis en place au moins un projet de soutien communautaire en logement social. La hausse observée en 2009-2010 n'est toutefois pas aussi importante qu'elle le semble, car les données de 2008-2009 étaient incomplètes. Un des aspects positifs à souligner est la concertation entre les partenaires et les CSSS.

Un montant récurrent a été alloué en 2009-2010 afin de maintenir et consolider les projets. Les CSSS du Lac-Témiscamingue et des Aurores-Boréales recevront également un montant non récurrent pour l'année 2010-2011 afin de bonifier certains projets. Un rendez-vous de l'habitation communautaire a eu lieu en février 2010. Il en ressort une préoccupation particulière de la part des partenaires pour le logement à l'égard des personnes vulnérables.

Maintien dans la communauté - Soutien des proches aidants

Attente administrative

Objectif de résultats

Soutenir les proches aidants.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de projets	3	10	10
Nombre de personnes desservies	42	95	80
Nombre d'heures de répit offertes	4932	21 635	12 269

Commentaires

Des projets ont été conçus en collaboration avec des organismes communautaires dans tous les territoires de CSSS en 2007-2008. Quatre CSSS sur six maintiennent les projets mis en place alors que deux CSSS ont rencontré des difficultés à cet égard.

Une analyse de la situation pour ces deux CSSS les a amenés à reconsidérer leur approche auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs et des proches aidants. Convaincus du besoin, ils ont élaboré de nouveaux projets avec les partenaires. Ces projets visent à diversifier les services offerts pour répondre à la complexité des besoins. Des interventions individuelles et de groupe sont prévues et des mécanismes d'évaluation permettront de suivre les résultats au cours de la prochaine année.

Malgré les difficultés rencontrées et l'absence de données pour un des territoires, le nombre de personnes ayant bénéficié de services de répit destinés aux proches aidants et le nombre d'heures de répit offertes ont augmenté de manière significative.

Certification des résidences privées

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer aux habitants des résidences pour personnes âgées de la région des services sécuritaires et de qualité en faisant en sorte que les résidences aient obtenu leur certification.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de résidences ayant fait une demande de certification	57	57	56
Nombre de résidences ayant obtenu leur certification	25	57	53

Commentaires

L'objectif était de certifier toutes les résidences privées pour personnes âgées. Il était toutefois improbable d'atteindre ce résultat puisque de nouvelles résidences se sont ajoutées et que d'autres ont fermé. Ainsi, au cours de l'année 2009-2010, cinq nouvelles résidences (325 places) ont ouvert leurs portes alors que sept (41 places) ont mis fin à leurs activités. Les raisons de fermeture sont diversifiées et ne sont pas nécessairement reliées à l'entrée en vigueur de la certification obligatoire depuis février 2009. Au 31 mars 2010, 53 résidences sur 56 étaient certifiées, soit un taux de 94,6 % pour l'Abitibi-Témiscamingue comparativement à 79,3 % dans la province.

L'Agence a déployé des efforts importants pour soutenir les exploitants des résidences privées. Un mécanisme de coordination en collaboration avec les partenaires a été mis sur pied en 2009 afin de trouver des pistes de solutions pour les résidences ayant de la difficulté à rencontrer les exigences reliées à l'évacuation des personnes âgées en cas d'incendie et à la Régie du bâtiment du Québec.

Services dans la communauté - Perte d'autonomie liée au vieillissement

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	3 751	3 751	3 957
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	24,9	24,9	27,6

Commentaires

Les deux cibles sont dépassées. Les services de soutien à domicile sont en croissance constante et rejoignent 19,8 % de la population âgée de 65 ans et plus, soit au-delà des attentes ministérielles. Le nombre moyen d'interventions par personne par année est également au-dessus de la cible. Mentionnons également que cet indicateur ne tient pas compte des services offerts par le biais d'allocations directes ou par des achats de services auprès d'entreprises d'économie sociale.

Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,34	3,34	3,44
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,27	0,25	0,28

Commentaires

Les cibles sont atteintes pour les deux indicateurs. Les résultats dépassent les attentes ministérielles qui sont de trois heures pour les soins infirmiers et d'assistance et de 0,23 heures pour les services professionnels.

Informatisation du RSIPA

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer la formation de tous les utilisateurs aux outils suivants : l'outil de repérage (PRISMA-7), l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et les profils de besoins (Iso-SMAF) avant le déploiement de la solution RSIPA.

Indicateurs		***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats 2009-2010***
PRISMA-7	Nombre de personnes à informer	S.O.	243	79
OEMC	Nombre de formations initiales	S.O.	78	58
	Nombre de mises à jour requises	S.O.	164	89
Profils Iso-SMAF	Nombre de formations initiales	S.O.	293	86
	Nombre de mises à jour requises	S.O.	0	0

Commentaires

Afin de soutenir les six CSSS, l'Agence a organisé des formations de formateurs du mois de mars au mois de novembre 2009. Par la suite, le déploiement de la formation aux utilisateurs dans les CSSS a débuté progressivement. Au 31 mars 2010, 312 utilisateurs sur 778 avaient reçu la formation.

La seconde étape est de former les formateurs et les utilisateurs à la solution RSIPA. Au 31 mars 2010, trois groupes de formateurs locaux des CSSS étaient formés. Le déploiement de la solution RSIPA dans les établissements devrait être terminé à la fin du mois de septembre 2010.

Santé mentale

Services de crise et d'intégration dans la communauté – Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :
- En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants);
- En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	90,1 (283 usagers différents)	90,1 (283 usagers différents)	81,4 (246 usagers différents)
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

La cible n'est pas atteinte pour le soutien d'intensité variable dans la communauté. Toutefois, celle-ci était basée sur les résultats de 2008-2009 et ce point de départ n'était pas juste. En effet, pour un territoire, la baisse observée ne correspond pas à une réduction réelle de service. La révision de la clientèle a permis de constater que des personnes comptabilisées en 2008-2009 ne correspondaient pas à la définition de cet indicateur, mais plutôt de la clientèle de soutien à domicile avec un problème de santé mentale ou encore de la clientèle hébergée en CHSLD ou en ressource intermédiaire.

Par ailleurs, précisons que ces résultats ne reflètent pas l'ensemble des services d'intégration dans la communauté reçus par les personnes atteintes de troubles mentaux de la région.

- En effet, un des CSSS n'assure aucun service directement, mais le fait par le biais d'une entente de service avec un organisme communautaire. Cet organisme a rejoint 161 usagers différents au cours de l'année, soit 53,5 personnes en moyenne par période entre avril 2009 et mars 2010.
- De plus, dans les quatre autres territoires de CSSS, des organismes communautaires assurent des suivis auprès de cette clientèle, ce qui n'est pas comptabilisé par l'indicateur. Ainsi, pour ces quatre territoires, entre janvier et mars 2010, 162 personnes différentes ont été suivies en moyenne par période. Certains de ces usagers ont reçu les services conjointement du CSSS et d'un organisme communautaire.

Ajoutons que les personnes qui requièrent un suivi intensif dans le milieu sont incluses dans l'ensemble de la clientèle, car aucun territoire n'a la masse critique d'usagers pour mettre en place une équipe dédiée au suivi intensif. Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté sont donc adaptés à ces personnes.

L'Agence continue d'apporter son soutien pour l'amélioration de ces services par des rencontres régionales, l'organisation de journées d'information et de sensibilisation ainsi que par la planification de formations pour les équipes de suivi dans la communauté.

Services de première ligne - Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	1 999	2 200	2 025

Commentaires

Le résultat est semblable à l'an dernier, la cible n'est pas atteinte. Après vérification, il y aurait eu 2 032 personnes rejointes, en incluant des usagers suivis en ressources de type familial (RTF) n'ayant pas de suivi conjoint avec un psychiatre. On observe une baisse au niveau de la clientèle de moins de 18 ans. L'absence de certains intervenants est l'une des causes invoquées par les établissements.

Par ailleurs, les balises cliniques associées aux services de première ligne sont à définir plus clairement et une démarche d'appropriation et de clarification est soutenue par l'Agence. Ainsi, une tournée régionale a permis aux CSSS de partager les incompréhensions liées aux définitions cliniques (profils 410 et 411-412) afin de bien répartir la clientèle entre la 1re et 2e ligne, souvent assumée par le même intervenant de l'équipe. La présence d'un psychiatre au dossier du client pour un suivi ou une évaluation est souvent due à la pénurie de médecins de famille (omnipraticiens) et non à la nécessité clinique de la situation.

Ajoutons que le changement de pratique des psychiatres auprès de l'adulte est encore à peaufiner : ces derniers souhaitent parfois poursuivre le suivi du patient par mesure de prévention à la rechute. La collaboration et les discussions cliniques occasionnelles entre les cliniciens et les psychiatres sont parfois interprétées comme un niveau de services de 2e ligne. La définition de la fonction du psychiatre répondant devrait clarifier cette partie du traitement.

Pour expliquer les résultats de 2009-2010, outre le changement de pratique parfois difficile à intégrer, on observe de nombreux ajustements quant au fonctionnement des guichets uniques des CSSS. L'obligation d'acheminer les références aux guichets uniques exige que les médecins et les partenaires respectent la hiérarchisation des services en santé mentale.

Ainsi, au cours de l'année, les gestionnaires ont concentré leurs efforts sur la promotion de la hiérarchisation des services spécialisés en santé mentale, l'utilisation de nouveaux outils d'évaluation qui favorisent la priorisation des services, le recrutement de professionnels considérant les départs et les congés temporaires, la recherche d'effectifs médicaux en psychiatrie et l'appropriation des définitions cliniques de l'évaluation et du traitement de services en 1re ligne.

L'Agence apporte un soutien constant aux CSSS dans la mise en place du plan d'action en santé mentale avec une emphase pour l'organisation des services de 1re ligne et la consolidation de celle-ci.

Services de première ligne - Équipe en santé mentale

Attente administrative

Objectif de résultats

Implanter ou consolider les équipes de 1re ligne en santé mentale dans les CSSS.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1re ligne en santé mentale pour les jeunes	7,8	8,4	8,7
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1re ligne en santé mentale pour les adultes	15,1	28,3	16,4

Commentaires

La répartition des postes entre la 1re et la 2e ligne se fait en référence au nombre d'interventions; celles sans suivi conjoint d'un psychiatre (ou l'équivalent) étant considérées en 1re ligne. On observe une augmentation des ressources qui dépasse la cible pour les jeunes, mais ne l'atteint pas pour les adultes.

Les résultats pour les adultes ne reflètent que partiellement la réalité, qui est difficile à appréhender étant donné l'intégration des équipes. Ainsi, des territoires ont sous-estimé les interventions en 1re ligne à cause de l'interprétation trop large du suivi conjoint médical. Cette situation devrait être corrigée l'an prochain.

Au cours de l'année 2009-2010, le recrutement de personnel a occupé une grande place afin d'attirer des professionnels spécialisés en santé mentale à l'intérieur des équipes de 1re ligne. Les investissements des dernières années dans les CSSS ont servi prioritairement à l'embauche de ressources assignées aux guichets uniques et aux services de 1re ligne. Pour certains établissements, un suivi clinique plus intensif et un réaménagement des postes s'avèrent essentiels pour combler le manque à gagner en 1re ligne. Le changement de pratique clinique et organisationnelle, de même que la pénurie en région de pédopsychiatres et, pour certains CSSS, de psychiatres, exercent une pression importante sur les équipes en santé mentale.

Services de première ligne - Santé mentale

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 30 jours.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de première ligne en santé mentale est supérieur à 30 jours	166,9	0,0	141,7

Commentaires

La cible n'est pas atteinte, ni pour la clientèle en attente de moins de 18 ans, ni pour les adultes dans cette situation.

Ces résultats reflètent le manque de ressources non médicales et médicales (omnipraticiens) en 1re ligne pour les usagers aux prises avec un trouble mental, diagnostiqué ou en voie de l'être, et ayant besoin d'un suivi par un intervenant de santé mentale sans suivi conjoint par un médecin spécialisé. Des guichets d'accès unique sont encore en implantation pour certains CSSS. Des ajustements sont aussi nécessaires quant à l'utilisation d'outils d'évaluation des services pour la clientèle adulte.

Pour les moins de 18 ans, on observe une nette amélioration par rapport à 2008-2009 (67,1). Cependant, faute de ressources en pédopsychiatrie, beaucoup d'usagers de moins de 18 ans sont évalués et traités en 1re ligne malgré le besoin de suivi conjoint.

En région, ce sont les mêmes équipes qui interviennent en 1re et en 2e ligne. Ainsi, leur tâche est influencée par la présence ou non au dossier d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre.

Les résultats de 2009-2010 sont aussi tributaires des nombreuses absences du personnel, parfois prolongées et non remplacées, en raison du recrutement difficile des intervenants en région.

Services de deuxième ligne - Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	33,1 nombre moyen dans l'année 17 au 31 mars	17 en moyenne dans l'année 0 au 31 mars	25,6 en moyenne dans l'année 9 au 31 mars

Commentaires

Malgré une amélioration constante, la cible n'est pas atteinte. Notons qu'il n'y a aucun jeune en attente au 31 mars, il s'agit de neuf adultes. Ce résultat positif est en partie attribué à la promotion des guichets d'accès uniques au sein des CSSS, au respect de la hiérarchisation des services en santé mentale et à un meilleur arrimage entre les services psychosociaux et les services de santé mentale. Par ailleurs, les difficultés de recrutement ou de remplacement de ressources médicales et non médicales nuisent à l'accès aux services de 2e ligne en santé mentale. Certains départs n'ont pu être remplacés au cours de l'année, les efforts de recrutement se poursuivent. Par ailleurs, concernant la pédopsychiatrie, les psychiatres occupant un poste à l'adulte acceptent aussi d'évaluer les usagers de moins de 18 ans (14-17 ans) dans la plupart des CSSS.

Le plan d'organisation des services régionaux en pédopsychiatrie, adopté par l'Agence, est en implantation. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or, mandataire des services spécialisés en pédopsychiatrie, a procédé à l'embauche d'une ressource qui assurera la coordination des services régionaux en pédopsychiatrie. Le plan d'organisation s'inspire de pratiques axées sur les soins partagés, tant sur le plan médical qu'interdisciplinaire. De plus, il est conforme aux orientations ministérielles du plan d'action en santé mentale 2005-2010 et aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Services d'urgence - Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale :
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13,3	12	13,2
Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	3 %	0,9 %	2,5 %

Commentaires

Pour les deux indicateurs, on observe une amélioration mais la cible n'est pas encore atteinte. Cinq CSSS sur six sont évalués concernant les séjours à l'urgence.

Deux CSSS ont un séjour moyen et un pourcentage de séjours de plus de 48 heures plus élevés que les trois autres. L'un a un séjour moyen de 17,5 jours et l'autre de 15,7 jours. On explique les résultats pour ces deux CSSS notamment par la présence de personnes des communautés autochtones ayant diverses problématiques liées à la santé mentale, au potentiel suicidaire élevé et à la toxicomanie. Les services à l'urgence, aussi qualifiés de porte d'entrée en dehors des heures d'ouverture des services psychosociaux, sont souvent la seule alternative pour les personnes à potentiel suicidaire élevé et les personnes en crise suicidaire ou psychiatrique. Une situation extraordinaire, concernant le taux élevé de mortalité par suicide pour 2009-2010, a poussé les CSSS à mettre en place un filet de sécurité et l'application d'un protocole d'évaluation médicale et non médicale du risque suicidaire et de l'état psychologique d'un patient occupant une civière à l'urgence avant de lui donner son congé.

Les résultats comprennent aussi les personnes de 75 ans et plus ayant un trouble cognitif et les personnes présentant un problème de dépendance vivant une situation de crise. L'intoxication d'un usager en crise lors de son hospitalisation sur civière peut retarder le congé.

Services d'intégration dans la communauté - Santé mentale

Attente administrative

Objectif de résultats

Offrir une gamme de services dans la communauté pour les gens souffrant de troubles graves.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de soutien d'intensité variable (SIV)	10,1	19,5	8,13
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

La cible n'est pas atteinte. On observe même une réduction des effectifs principalement due à une redéfinition des services et de la clientèle ainsi qu'aux difficultés de remplacer des absences d'intervenants.

Les services de SIV sont offerts par quatre CSSS. Les CSSS qui assurent ces services le font en complémentarité avec les organismes communautaires en santé mentale de leur territoire. Pour ce qui est des deux autres territoires de CSSS, l'un offre le SIV par le biais d'un organisme communautaire, exclusivement dans le cadre d'une entente de services avec le CSSS concerné, et l'autre, qui est un très petit territoire, dessert cette clientèle à l'intérieur de ses services réguliers de soutien à domicile.

Les responsables de ces services nécessitent l'accompagnement et le soutien de la part d'experts. Cependant, la région ne peut participer aux structures de concertation provinciale compte tenu des coûts engendrés par les déplacements.

La clientèle requérant des services de suivi intensif se retrouve aussi dans les services de SIV sans la présence soutenue d'une équipe interdisciplinaire et la participation d'un médecin, ce qui alourdit la tâche des intervenants. Par contre, les équipes de SIV travaillent en collaboration avec les partenaires de la communauté, ce qui facilite grandement la prévention de rechutes.

Santé physique

Accessibilité à des services de diagnostic

Attente administrative

Objectif de résultats

Hiérarchiser les analyses biomédicales effectuées en région et abolir la facturation intrarégionale.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage de mise à jour et validation du portrait régional des analyses effectuées	60 %	100 %	100 %
Évaluation de la possibilité de centraliser certaines analyses	75 %	100 %	100 %
Pourcentage d'abolition de la facturation	40 %	100 %	100 %

Commentaires

Les cibles sont toutes atteintes.

Au cours de 2009-2010, le comité de travail formé des responsables de laboratoire de chaque secteur de la région et des responsables de l'Agence a poursuivi l'exercice de hiérarchisation des analyses de laboratoire effectuées en région. Le résultat de ces travaux a permis à la Direction des ressources financières et matérielles de l'Agence de débuter les travaux pour abolir la facturation intrarégionale, conformément à la demande par le MSSS. Cet exercice financier a été fait en collaboration avec tous les directeurs de ressources financières des établissements dans le but d'équilibrer le financement des laboratoires. Le 24 mars 2010, le conseil d'administration de l'Agence adoptait une résolution pour abolir toute facturation entre les laboratoires de biologie médicale de la région. Il a été convenu avec les responsables régionaux de laboratoire d'évaluer aux deux ou trois ans les impacts financiers de l'abolition de la facturation.

Cardiologie tertiaire

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2008-2010*
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Cardiologie tertiaire

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Catégorie A	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Cardiologie tertiaire

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Chirurgie

Attente administrative

Objectif de résultats

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	79 (72)	66	88
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	117 (115)	75	146
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1360 (1380)	1205	1361
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	5390 (4695)	4507	5966
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant les prothèses de la hanche et du genou)	3291 (3189)	3390	3348

Commentaires

Il demeure difficile de porter un jugement de façon précise sur les résultats, sauf pour les chirurgies ciblées de la hanche, du genou et de la cataracte. En effet, l'outil utilisé en cours d'année n'assure pas la même précision que les données Méd-Écho qui ne sont disponibles qu'à chaque automne. Pour illustrer la situation, les résultats Méd-Écho 2008-2009 sont inscrits entre parenthèses sous les résultats fournis par le système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS) la même année.

De façon globale et selon les résultats obtenus grâce à SIMASS, l'ensemble de la production de chirurgies est en augmentation, particulièrement pour les chirurgies ciblées de la hanche et du genou. La mise en place d'une clinique musculo-squelettique au CSSS Les Eskers de l'Abitibi lui a permis d'augmenter ces deux productions chirurgicales de l'ordre de 20 % par rapport à 2008-2009.

Chirurgie

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	96 %	96 %	95,6 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	95 %	95 %	85,2 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97 %	97 %	97 %

Commentaires

Les cibles sont atteintes sauf pour les chirurgies du genou où on observe une augmentation des délais pour une partie de la clientèle. Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi, établissement qui produit ces chirurgies, a procédé à la mise en place d'une clinique musculo-squelettique (projet-pilote) qui a également entraîné une augmentation de sa production en chirurgies de la hanche et surtout du genou.

Par ailleurs, même s'il ne s'agit pas de cible de l'entente de gestion, plus de 98 % des chirurgies effectuées en Abitibi-Témiscamingue sont réalisées dans un délai de moins de six mois; un suivi des cas hors délai est effectué par l'Agence. La majorité des situations, où un délai plus long est constaté, concerne les chirurgies bariatriques. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or, responsable de cette intervention, révise actuellement son processus de travail afin d'améliorer l'accès à ce type de chirurgie.

Les travaux en vue d'améliorer l'accès pour les services d'imagerie ont débuté en février 2010. Une diminution des délais d'attente pour les examens diagnostiques pourrait avoir un certain impact sur l'accès et la production de chirurgies.

☐ Lutte contre le cancer

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

☐ Lutte à la pandémie

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Faire face à la pandémie de la grippe A(H1N1) dans le but de préserver la vie, la santé et le bien-être des personnes.

Indicateurs		*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage de personnes vaccinées selon le groupe d'âge	6 à 59 mois	S.O.	80 %	90,5 %
	5 à 11 ans	S.O.	le plus de personnes possible	80,6 %
	12 à 17 ans	S.O.	le plus de personnes possible	68,4 %
	18 à 64 ans	S.O.	le plus de personnes possible	60,3 %
	65 ans et plus	S.O.	le plus de personnes possible	78,1 %
	Personnes atteintes de maladies chroniques	S.O.	80 %	64 %

Indicateurs		*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
	Femmes enceintes	S.O.	80 %	77,2 %
	Travailleurs des CSSS et établissements de santé	S.O.	80 %	94,1 %
Pourcentage de la population totale vaccinée		S.O.	le plus de personnes possible	68,6 %
Pourcentage des établissements qui ont calculé leurs besoins de sites non traditionnels (SNT) de soins et admissions		60 %	100 %	100 %
Pourcentage des établissements qui ont calculé leurs besoins de SNT ambulatoires		60 %	100 %	100 %
Pourcentage des établissements qui ont identifié des SNT		60 %	100 %	100 %
Pourcentage des établissements qui ont élaboré et déposé à l'Agence des plans de déploiement des SNT		40 %	100 %	80 %

Commentaires

Le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza - Mission santé a été élaboré en 2006. Chaque agence avait ensuite le mandat d'élaborer un Plan régional contre une pandémie d'influenza et chacun des établissements devait en produire un localement. Ces plans venaient compléter ceux des mesures d'urgence en santé et services sociaux en plus de s'arrimer avec le Plan national de sécurité civile.

Au printemps 2009, l'OMS confirmait l'arrivée d'une première vague de pandémie d'influenza nommée *grippe A(H1N1)*. Par conséquent, l'Agence a enclenché son Plan régional contre une pandémie d'influenza de concert avec le MSSS et l'ensemble des établissements de la région. La deuxième vague de la pandémie de la grippe A(H1N1) est survenue à l'automne 2009.

La mise en œuvre du Plan régional de pandémie ainsi que des plans locaux a nécessité la contribution d'une multitude d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue qui devaient articuler leurs actions autour de cinq volets :

- la santé publique pour la protection de la santé de la population;
- la santé physique pour soigner les personnes;
- le volet psychosocial afin d'assurer le bien-être psychosocial des personnes;
- la communication pour offrir une information claire, valide et mobilisatrice;
- le maintien des services pour assurer le fonctionnement du réseau (composé des volets ressources humaines, ressources financières et matérielles ainsi que ressources informationnelles).

Afin de mettre en place les stratégies nécessaires pour faire face à la pandémie de grippe A(H1N1), le MSSS assume le leadership et la coordination des interventions dans un processus décisionnel du haut vers le bas. Cette ligne d'autorité s'exerce donc du Ministre aux agences, puis des agences aux établissements.

À l'Agence, la présidente-directrice générale assume la responsabilité de la réponse du réseau de sa région face à la pandémie de la grippe A(H1N1) en présidant le comité de gestion stratégique composé du directeur de santé publique, du coordonnateur régional de sécurité civile et, au besoin, de tout autre directeur nécessaire à la prise de décision. Les décisions sont communiquées aux membres du comité de pandémie composé des responsables de chacun des volets.

Ainsi, la pandémie a nécessité la tenue de plus de 60 conférences téléphoniques entre l'Agence et le MSSS ainsi que des conférences téléphoniques hebdomadaires entre l'Agence et les établissements de la région. L'Agence a reçu du MSSS et transmis aux établissements de la région au-delà de 400 documents indiquant les orientations, les directives ou les informations nécessaires à l'ensemble de l'opération. L'Agence a assuré du soutien d'expertise et de la formation aux établissements.

De façon plus précise, la première vague de la pandémie de la grippe A(H1N1) a permis au comité de pandémie de réaliser les travaux suivants :

- Mise en place de la cellule stratégique et de la structure de coordination facilitant la circulation des directives avec les établissements du réseau et les partenaires;
- Planification de l'organisation des centres de vaccination de masse;
- Planification des sites non traditionnels (SNT) ambulatoires ou de soins et admissions;
- Mise en place du processus de repérage de la clientèle ayant des besoins psychosociaux;
- Identification des ressources humaines alternatives, mise à jour de la stratégie d'approvisionnement des produits essentiels et mise en place des liens informatiques manquants;
- Mise en place des processus de communication avec les établissements de la région et avec les partenaires.

La deuxième vague de la pandémie de la grippe A(H1N1) a permis au comité de pandémie de réaliser les travaux suivants :

- Vaccination massive de la population : 99 502 personnes vaccinées;
- Distribution des antiviraux dans les communautés isolées de la région;
- Mise en place de mesures spéciales dans les CSSS de la région, soit le prétriage dans les salles d'urgence et l'ouverture d'une clinique de grippe;
- Mise en place d'une ligne téléphonique centralisée pour faciliter le transfert d'usagers vers les centres tertiaires;
- Finalisation du plan de maintien des services essentiels;
- Arrimage avec les communautés autochtones du territoire;
- Finalisation du plan suprarégional nordique en collaboration avec les régions 10, 17 et 18;
- Mise en place du Triumvirat, composé du DSP, du président du CMDP et du président du DRMG au sein des CSSS de la région;
- Consolidation des liens de collaboration avec divers ministères et organismes au sein de l'organisation régionale de sécurité civile.

Les deux différentes vagues de la grippe A(H1N1) ont permis d'accélérer les travaux dans tous les établissements de la région. Tous les SNT ont été identifiés et des plans de déploiement pour leur implantation ont été déposés à l'Agence. Ces plans de déploiement pourront être utilisés pour toute situation éventuelle de crise impliquant des infections respiratoires sévères. Ils permettent aux responsables du volet santé physique de chacun des établissements de suivre les niveaux d'alerte et de poser les actions nécessaires afin de maintenir les services hospitaliers requis. Certains travaux devront être complétés pour le secteur de Val-d'Or en ce qui concerne le SNT de soins et admissions.

Le déploiement de toutes les activités requises pour faire face à ces deux vagues de pandémie de la grippe A(H1N1) a nécessité le travail de chacun des responsables des volets, que ce soit sur le plan régional ou local. La contribution de tous était essentielle à la réalisation des travaux. Plusieurs personnes, notamment des citoyens bénévoles, sont intervenues dans le processus. À titre d'exemple, une seule journée de vaccination nécessitait le travail de 220 personnes (infirmières, secrétaires, personnel de sécurité ou bénévoles) pour l'ensemble de la région. L'Agence est fière de la contribution de chacun et des résultats obtenus.

Maladies chroniques

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Consolider l'organisation des soins et des services intégrés de lutte aux maladies chroniques par la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de CSSS ayant une équipe intégrée pour la prise en charge des cas complexes	S.O.	6	1
Nombre de projets cliniques *maladies chroniques* adoptés	S.O.	6	1
Nombre de formations en lien avec l'interdisciplinarité	S.O.	6	2

Commentaires

Tous les CSSS sont en démarche d'implantation de leur modèle de lutte aux maladies chroniques selon les composantes du modèle régional. Plusieurs services cliniques spécialisés sont offerts à la population via des équipes interdisciplinaires. Un arrimage entre ces équipes demeure le défi à poursuivre pour la majorité des CSSS afin d'implanter le modèle local souhaité. Un seul CSSS organise ses services autour d'une équipe dédiée.

Le projet clinique et organisationnel est en élaboration dans quatre CSSS. Un établissement a complété ses travaux et un CSSS n'a pas entamé le processus.

Des discussions et des rencontres sont en cours afin d'établir des liens avec les médecins de la région, dont ceux des GMF. Tous les établissements ont participé à une rencontre régionale qui visait à présenter le degré d'implantation de leur modèle local. Des intervenants de deux CSSS ont reçu de la formation sur l'interdisciplinarité.

Pour l'année à venir, le programme autosoins sera en projet-pilote dans quatre CSSS de la région.

Services d'urgence

Entente de gestion

Objectif de résultats

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Séjour moyen sur civière	12,5	12	12,7
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	15,7	12	15,6
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,1 %	1 %	2,7 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	5,5 %	2,1 %	4,6 %

Commentaires

La région maintient une durée moyenne de séjour sur civière qui répond aux attentes du MSSS. Cependant, l'objectif visé pour la durée moyenne de séjour des 75 ans et plus n'est toujours pas atteint. L'augmentation de la clientèle de 75 ans et plus a un impact significatif sur l'occupation des lits de courte durée par la clientèle en attente d'hébergement. Cette problématique se fait ressentir dans pratiquement tous les CSSS de la région. À la demande du MSSS, en 2009, les CSSS de Rouyn-Noranda et de la Vallée-de-l'Or ont produit un plan d'action proposant des mesures structurantes afin d'améliorer la gestion des lits de courte durée. Les actions posées ne se reflètent pas à ce jour dans les durées de séjour des personnes de 75 ans et plus. Toutefois, on observe une amélioration significative des pourcentages de séjours de 48 heures et plus au CSSS de la Vallée-de-l'Or, ce qui se répercute pour 2009-2010 sur les résultats de la région.

Pourcentage de séjours de 48 heures et plus CSSS de la Vallée-de-l'Or	2008-2009	2009-2010
Global	8,1 %	5,9 %
Patients ≥75 ans	16 %	12,6 %
Santé mentale	8,2 %	4,7 %

Soins palliatifs

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	431	431	468
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	15,4	15,4	18,1

Commentaires

La cible 2009-2010 est dépassée autant pour le nombre d'usagers que pour l'intensité des services.

On observe une augmentation constante du nombre d'usagers desservis au cours des cinq dernières années. Quatre territoires sur six dépassent le seuil visé par le MSSS, soit d'assurer un suivi à domicile à 50 % des personnes dont la situation est jugée propice à recevoir des soins palliatifs à leur domicile.

Santé publique

Habitudes de vie et maladies chroniques - Dépistage du cancer du sein

Attente administrative

Objectif de résultats

Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Taux de participation au PQDCS	61,4 %	70 %	66,3 %

Commentaires

Le taux de participation de la région a connu une augmentation remarquable depuis 2008-2009, bien qu'il n'ait pas atteint la cible de 70 % pour 2009-2010. Ainsi, la région demeure au-dessus de la moyenne provinciale qui est de 56,4 %. Le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa continue de recevoir la visite de la clinique accréditée de radiologie (CLARA) une fois par année. Le CSSS des Aurores-Boréales, ayant obtenu à nouveau son accréditation de centre de dépistage désigné en juillet 2008, a bénéficié des services de CLARA en septembre 2009 pour diminuer la liste d'attente pour les mammographies de dépistage.

La tournée des centres de dépistage désignés, débutée en 2008, a été complétée en avril 2009. Le bilan a permis d'identifier des pistes de solutions pour améliorer l'organisation des services et respecter les critères de qualité du PQDCS. La mise en œuvre des recommandations reliées aux différentes étapes de la trajectoire de soins, proposées dans le document *Bilan de la tournée régionale des centres de dépistage désignés*, est amorcée et se poursuivra au cours de l'année 2010-2011.

Les résultats d'un sondage effectué auprès des femmes ayant passé une mammographie de dépistage en 2008 ont permis de constater que les répondantes sont satisfaites des services reçus dans la région. Leurs commentaires ont permis d'identifier quelques pistes d'amélioration pour la prise de rendez-vous et pendant l'examen.

L'Agence a souligné les dix ans du PQDCS en Abitibi-Témiscamingue par la diffusion d'une affiche promotionnelle dans les pharmacies, les cliniques médicales et les CSSS. Le *Bilan du PQDCS en Abitibi-Témiscamingue après 10 ans d'existence (1999-2009)* a permis de dégager les forces et les faiblesses du déploiement du programme en région.

Prévention des maladies chroniques

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Identifier une équipe locale qui s'arrimera au continuum de services, dédiée à la promotion des saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques (alimentation, activités physiques, non-usage du tabac).

Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats 2009-2010***
Nombre de CSSS participant aux formations offertes	6/6	6/6	6/6
Programme 0•5•30 Combinaison prévention implanté dans tous les milieux par territoire de CSSS (école, entreprise, municipalité)	Intervention implantée dans au moins un milieu par territoire	Intervention implantée dans tous les milieux par territoire	Intervention implantée dans tous les milieux par territoire
Nombre d'usagers rejoints par les centres d'abandon du tabagisme (CAT)	75 usagers rejoints individuellement 40 usagers vus en groupe	S.O.	75 usagers rejoints individuellement 38 usagers vus en groupe

Commentaires

Tous les CSSS ont mis en place une équipe dédiée à la promotion des saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques. Les équipes interviennent auprès des milieux visés par le *Programme 0•5•30 Combinaison prévention* soit dans les entreprises, les écoles, les municipalités et les CSSS. Elles ont aussi soutenu le déploiement de *Québec en forme* à l'intérieur des cinq MRC de la région en y apportant leur expertise ainsi qu'en participant à l'élaboration et à la réalisation des plans triennaux et des plans d'action des regroupements locaux de partenaires.

Une formation sur l'intervention brève en saines habitudes de vie a été offerte aux équipes *0•5•30 Combinaison prévention*, aux CAT et aux infirmières des GMF. La participation de 70 personnes démontre la pertinence de celle-ci.

L'arrimage de l'intervenant des CAT, porteur de l'expertise en tabagisme, aux équipes *0•5•30* continue de démontrer ses avantages. Toutefois, deux défis demeurent : en promouvoir les services auprès de la population et des partenaires et les rendre accessibles de façon individuelle et en groupe.

Une table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie est active depuis 2008. Elle a procédé, cette année, au dépôt d'un projet régional afin d'obtenir du financement de la Société de gestion du fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (SGF). Ce projet, qui vise à rendre disponible une formation en cuisine santé aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, aux concessionnaires en milieu scolaire et aux centres de la petite enfance, a été accepté par la SGF et débutera dès l'automne 2010.

Enfin, la région s'est démarquée encore cette année en se classant deuxième au Québec pour sa participation au *Défi J'arrête, j'y gagne* et le taux de participation au *Défi santé 5/30 Équilibre*

Jeunes et famille - Animation de jeunes en milieu rural

Préoccupation régionale

Objectifs de résultats

Soutenir les 48 locaux de *Jeunes en milieu rural* dans le but d'aider à la consolidation de la mesure.

Soutenir la mise en place d'actions faisant la promotion et facilitant l'adoption d'une saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et le développement des compétences sociales.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Maintien du nombre de territoires de CSSS participant *à l'Entente de concertation concernant l'animation des jeunes en milieu rural*	5/5	5/5	5/5
Nombre de territoires mettant en place des initiatives de promotion et d'adoption d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif	S. O.	5/5	5/5
Nombre d'animateurs formés	S. O.	48/48	48/48

Commentaires

Les 48 locaux de *Jeunes en milieu rural* ont maintenu leurs activités dans cinq territoires de la région.

Une deuxième entente de concertation régionale *Jeunes en milieu rural* a été renouvelée en mars 2009 entre l'Agence, représentant les CSSS, et les dix partenaires provenant de cinq territoires de CSSS de la région. L'entente a pour objectif d'associer les parties à la mise en place, au développement, à l'animation et à la consolidation des comités et des locaux de *Jeunes en milieu rural* de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette mesure s'adresse plus particulièrement aux jeunes de 12 à 17 ans.

Le modèle d'intervention développé dans le cadre de l'animation jeunesse en milieu rural est novateur et présente une formule tout à fait adaptée aux régions rurales. En plus de mettre l'accent sur la participation citoyenne des jeunes, cette mesure vise particulièrement l'acquisition d'habiletés individuelles et sociales menant à un mode de vie sain ainsi qu'au développement de l'estime de soi, de l'autonomie et des habiletés au travail d'équipe.

Les locaux de jeunes présents au sein des cinq regroupements locaux de partenaires *Québec en Forme* de la région sont reconnus comme étant les lieux privilégiés pour travailler avec la clientèle de 12 à 17 ans en milieu rural. De par cette reconnaissance, ils ont bénéficié d'un soutien financier de la part de chacun des regroupements locaux afin de mettre en place des actions favorisant les saines habitudes de vie. Le financement alloué varie selon les projets soumis et retenus.

En réponse aux résultats de l'étude d'impact menée en 2008 par l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, diverses formations ont été offertes aux animateurs concernant l'intervention en dépendances (alcool et drogues) auprès des jeunes.

Jeunes et famille – École en santé

Entente de gestion

Objectif de résultats

Implanter l'approche *École en santé* dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Proportion d'écoles qui implantent l'approche *École en santé*	81,7 % 84/98 écoles francophones (primaires et secondaires) 1 école en milieu autochtone	85,7 %	42,7 % 45/103 écoles [1]

Commentaires

En septembre 2009, les commissions scolaires de l'Abitibi-Témiscamingue ont identifié 88 écoles ayant amorcé une démarche *École en santé*. Cependant, les données transmises par les CSSS ne font pas état de cette situation. Selon le Cadre normatif Système d'information sur la clientèle et les Services des CLSC (I-CLSC), une école est considérée *en santé* lorsqu'au moins un acte est posé par l'accompagnateur de l'*approche École en santé* (AÉS) du CSSS durant l'année, en soutien à l'école dans les étapes de mise en œuvre.

Les résultats obtenus doivent donc être interprétés avec prudence.

Certains postes d'accompagnateur de CSSS ont été vacants durant les derniers mois. Il en a résulté une interruption quant à l'entrée de statistiques, et ce, malgré le fait que les écoles aient poursuivi la mise en œuvre de l'approche avec les accompagnateurs des commissions scolaires.

La pandémie a également eu un impact majeur puisque les ressources en accompagnement des CSSS ont été mobilisées durant une longue période, limitant leur disponibilité pour les écoles. Une rencontre régionale a d'ailleurs été annulée compte tenu de ce contexte. D'autre part, la pandémie aura été une occasion de renforcer les liens entre les CSSS et le milieu scolaire. En région, une collaboration exemplaire a été observée entre les deux réseaux pour promouvoir et mettre en œuvre des mesures préventives dans les écoles et faciliter la vaccination. Ces efforts ne sont pas comptabilisés dans l'AÉS mais méritent d'être soulignés.

Deux défis sont à considérer dans le déploiement de l'AÉS. Premièrement, compte tenu de la mobilité de la main-d'œuvre, il faut déployer, en collaboration avec le milieu scolaire, les moyens nécessaires pour s'assurer de la compréhension de l'AÉS et de ses finalités par les acteurs concernés des CSSS et des écoles. Deuxièmement, il faut accompagner le milieu scolaire dans la démarche de l'AÉS, particulièrement dans le choix d'actions de promotion de la santé et de mesures efficaces en prévention.

Des rencontres de planification et de bilan entre les CSSS et les commissions scolaires se sont tenues dans les différents territoires de la région. Sous le leadership de l'Agence, une rencontre régionale a eu lieu et deux activités de formation ont été offertes aux accompagnateurs de l'AÉS, soit une journée en marketing social et deux sur l'AÉS, données par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

---

[1] Le nombre d'écoles correspond au nombre de bâtiments. Ne pas confondre avec les écoles institutionnelles qui peuvent regrouper plusieurs écoles physiques. En 2009-2010, le nombre d'écoles a été revalidé avec les commissions scolaires. Les 103 écoles incluent les écoles anglophones de la région ainsi que l'école Beauvalois qui appartient à la région 10 mais qui est desservie par le CSSS des Aurores-Boréales.

Jeunes et famille - Promotion et prévention

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010	67,9 % (>80 %) *	70 % (>80 %) *	69,3 % (92 %) *

Commentaires

CSSS	Cible 2009-2010	Données du CSSS	Commentaires
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	90 %	100 %	
CSSS du Lac-Témiscamingue	90 %	69 %	4 refus sur 13 femmes éligibles
CSSS de Rouyn-Noranda	90 %	100 %	
CSSS des Aurores-Boréales	90 %	95 %	2 refus
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	90 %	92 %	5 déménagements dont 1 en prénatal 4 refus de s'inscrire
CSSS de la Vallée-de-l'Or	90 %	98 %	53 mères + 48 femmes vivant sur réserve indienne (101) 4 mères sont déménagées en prénatal 2 refus 1 mère ne répondait plus aux critères
Total	90 %	92 %	

Commentaires

La région a atteint sa cible. Conformément au programme, tous les CSSS débutent les suivis SIPPE à la 12e semaine de grossesse. Par ailleurs, cinq CSSS sur six les terminent lorsque l'enfant a 24 mois, l'autre CSSS le fait à 18 mois. Quelques-uns ont essuyé des refus de la part des femmes mais ce sont des exceptions. Le déménagement constitue l'autre motif d'arrêt du suivi mais ce nombre n'est pas significatif. Pour les communautés autochtones, le nombre de femmes enceintes suivies par les cliniques médicales et correspondant aux critères des SIPPE est très difficile à obtenir par les quatre CSSS concernés. Ces femmes autochtones reçoivent des services en santé maternelle et infantile fournis par Santé Canada, et ce, dans leur milieu.

Fait à noter, toutes les équipes SIPPE reçoivent les avis de grossesse par l'entremise des cliniques médicales et chacune des femmes répondant aux critères est appelée par son CSSS afin qu'on lui offre les services. Les femmes autochtones hors réserve sont également référées par leur médecin de famille aux CSSS et rencontrées par les intervenantes des SIPPE. Parfois, le suivi est moins régulier car les femmes reçoivent également du soutien de la part du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

Tous les CSSS ont des tables intersectorielles actives sur leur territoire pour les familles et les enfants de 0 à 5 ans.

* La donnée entre parenthèses correspond à une compilation manuelle, effectuée par l'Agence et les établissements, basée sur les avis de grossesse réels et non sur une estimation du nombre de naissances. En effet, il y a divergence entre les données I-CLSC et les données répertoriées par les trois CSSS dans l'exercice manuel de reddition de comptes. Le MSSS retient comme dénominateur pour cet indicateur une estimation de femmes, ce qui donne 77 %, alors que les CSSS effectuent le calcul sur le nombre réel de femmes admissibles au programme. Ajoutons que les fiches de périnatalité ne sont pas toutes complétées avec assiduité par les intervenantes SIPPE et que des relances régulières sont faites par l'Agence à cet effet.

Prévention des chutes chez les personnes âgées

Attente administrative

Objectif de résultats

Favoriser la mise en œuvre du volet 2 *Intervention multifactorielle personnalisée* (IMP).

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de CSSS ayant débuté la mise en œuvre du programme IMP	3/6	6/6	6/6
Nombre d'usagers ayant été rejoints par le programme IMP	22	101	106

Commentaires

L'Agence a réalisé une formation pour les CSSS qui n'avaient pu débuter le programme en 2008-2009. Compte tenu du fort roulement de personnel, les professionnels des autres CSSS ont été invités à s'y joindre. Ainsi, douze participants, en provenance de cinq CSSS, se sont prévalus de cette formation qui visait à outiller les intervenants pour l'implantation de l'IMP. L'Agence a assuré un soutien financier récurrent aux deux CSSS qui n'avaient pas planifié la mise en œuvre de ce programme en 2008-2009.

Tous les CSSS ont débuté le programme IMP, rejoignant entre 1 % et 4 % des personnes âgées suivies par les services de soutien à domicile, pour un total régional qui dépasse la cible. Ce service est très apprécié des usagers et les CSSS souhaitent poursuivre et même augmenter le nombre de personnes rejointes.

Maladies infectieuses – immunisation

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza saisonnière chez les travailleurs de la santé.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza saisonnière	58,5 %	80 %	27,8 %

Commentaires

L'année 2009-2010 a été une année exceptionnelle en raison de la pandémie de la grippe A(H1N1). Deux campagnes de vaccination ont donc eu lieu. La première contre l'influenza pandémique et la deuxième contre l'influenza saisonnière. La réponse du personnel de soins à la vaccination contre la souche pandémique a été excellente avec un taux de 94 %, mais décevante en regard de l'influenza saisonnière avec une baisse par rapport aux années antérieures.

Deux motifs peuvent expliquer ce faible taux de participation. D'une part, la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A(H1N1) qui venait tout juste de se réaliser et, d'autre part, la très faible circulation des virus saisonniers. Cette diminution importante des taux de couverture vaccinale était anticipée autant sur le plan régional que provincial.

Compte tenu de la situation hors du commun de l'automne 2009, aucune activité particulière de promotion de la vaccination auprès du personnel de soins n'a été réalisée dans les CSSS, à l'hiver 2010. À l'avenir, ces derniers doivent faire preuve de créativité pour rejoindre ces travailleurs.

Maladies infectieuses – immunisation

Entente de gestion

Objectif de résultats

Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans le délais	76,7 %	76,7 %	78,6 %
Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	65 %	75 %	67,6 %
Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	77,3 %	77,3 %	79,4 %

Commentaires

Vaccination à 2 mois : On observe une amélioration de 2 % pour les vaccins Pediacel et pneumocoque. L'objectif ministériel de 75 % a été dépassé. La région se démarque positivement puisque d'une part, les acquis ont été préservés et d'autre part, on note une augmentation de la proportion d'enfants vaccinés dans le délai d'une semaine. Soulignons que quatre CSS atteignent des pourcentages de plus de 83 %. Cependant, deux CSSS devront poursuivre leurs efforts puisqu'ils ont des taux de 67 % et 72 %. Au cours des dernières années, le partage de stratégies entre les CSSS a démontré son efficacité.

Vaccination à 1 an : On constate, à nouveau, que l'objectif ministériel de 75 % s'avère plus difficile à atteindre. Cependant, une amélioration de près de 3 % est à souligner pour l'ensemble de la région. Parmi les CSSS, quatre ont atteint une proportion de plus de 73 %, voire même 80% pour l'un d'entre eux. Par ailleurs, deux CSSS ont des pourcentages de 56 % et 65 %. Les efforts et les réflexions doivent se poursuivre pour progresser vers la cible, et ce, particulièrement pour ce groupe d'âge.

Les CSSS sont préoccupés et sensibilisés à l'importance de réduire les délais de vaccination afin de procurer le plus rapidement possible une protection aux nourrissons. Une mobilisation et la recherche de nouveaux modes de fonctionnement s'avèrent incontournables pour atteindre les cibles.

Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Attente administrative

Objectif de résultats

Réduire la transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP)	554	285	532

Commentaires

La région dépasse largement sa cible. Depuis quelques années, l'ensemble des activités de dépistage des ITSS, que ce soit dans les murs ou hors les murs, a été regroupé. Les CSSS ont ciblé les milieux afin de rejoindre leur clientèle vulnérable de sorte que l'organisation des services varie d'un territoire à l'autre. En cours d'année, deux territoires ont comblé les postes vacants de travailleur de rue, ce qui a eu un impact positif sur le nombre d'activités, telle la référence aux services de dépistage.

Notons qu'en 2009, la région a connu une baisse des infections à la chlamydia, soit de 211 cas pour 100 000 habitants en 2008 à 190,9 en 2009. Ainsi, la région se retrouve pour une rare fois sous la moyenne provinciale qui est de 196,1 en 2008 et 206,4 en 2009. Ces résultats peuvent s'expliquer, d'une part, avec le travail effectué par les SIDEP et, d'autre part, avec le rôle élargi des infirmières introduit par la modification du code des professions (loi 90). Celles-ci peuvent, dorénavant, faire le dépistage et initier un traitement en collaboration avec les pharmaciens. Cette modification des pratiques améliore l'accessibilité aux services et facilite le travail de complémentarité avec les travailleurs de rue.

Prévention et contrôle – Infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	66,7 %	100 %	100 %

Commentaires

L'Agence considère la cible atteinte. Toutefois, pour obtenir le ratio attendu de postes, selon la catégorie, une ou deux heures par semaine pour certains établissements seraient requises en mission CHSLD. Les soins psychiatriques sont couverts par l'infirmière affectée à la courte durée; là également, il ne s'agit que de moins de deux heures par semaine ne motivant pas l'ouverture de postes supplémentaires et ce, même si en 2009-2010, le MSSS a modifié le ratio en psychiatrie de 1/300 à 1/ 250.

Le tableau qui suit présente les résultats détaillés des six CSSS pour chacune des missions.

	CSSSLT	CSSSAB	CSSSEA	CSSSRN	CSSSVO	CSSSTK	% d'atteinte du ratio attendu par mission
Nombre de postes infirmière en place (1/133 lits) CHSGS sur le nombre requis	0,24/0,24	0,71/0,54	0,72/0,72	0,65/0,65	0,77/0,77	0,10/0,06	Tous les établissements atteignent le ratio attendu
Nombre de postes infirmière (1/250 lits) soins psychiatriques sur le nombre requis	S.O.	0,3/0,03	0/0,03	0/0,05	0,1/0,1	S.O.	Vu le temps requis, soit quelques heures par semaine, le soutien est assuré par les mêmes ressources qu'en courte durée, sauf pour le CSSSVO et le CSSSAB.
Nombre de postes infirmière (1/250 lits) CHSLD sur le nombre requis	0,26/0,28	0,86/0,72	0,38/0,41	0,55/0,63	0,63/0,70	0,10/0,06	Deux établissements dépassent le ratio, trois ont un ratio à plus de 90 %, l'autre est à 87 %

Prévention et contrôle – Infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateur		*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage d'installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises en hygiène et salubrité	Répertoire	28 %	70 %	34 %
	Catégorisation	14 %	70 %	28 %
	Accord responsable	8 %	70 %	8 %
	Accord au CA	0 %	70 %	0 %
	Application	0 %	70 %	0 %

Commentaires

Les cibles ne sont pas atteintes. Les travaux ont tout de même progressé dans tous les établissements et ce, malgré la pandémie, comme le démontrent les lignes qui suivent.

- Alors qu'on avait répertorié quatorze sites l'an dernier, il y en a maintenant dix-sept. On avait amorcé la démarche pour cinq sites l'an dernier, il y en a actuellement onze pour lesquels cette démarche est amorcée.
- L'an dernier, sept sites avaient été catégorisés, alors qu'il y en a maintenant quatorze et la démarche est amorcée pour douze sites alors qu'il y en avait onze l'an dernier.
- Enfin, pour onze sites, un responsable a été identifié, alors que l'an dernier, seulement quatre sites avaient un responsable identifié.

Notons que les établissements ont travaillé en priorité dans les sites CH et CHSLD, c'est-à-dire ceux qui présentent le plus de risques en regard de la transmission des infections nosocomiales. Par ailleurs un CSSS, celui de Rouyn-Noranda, a terminé l'ensemble de son processus, mais n'a pas inscrit ses résultats sur GESTRED.

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections (PCI) nosocomiales fonctionnel	100 %	100 %	100 %
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	66,7 %	100 %	67 %

Commentaires

En 2009-2010, dans le cadre de la pandémie, les comités de PCI des CSSS ont été très actifs. Cet événement a nécessité plusieurs rencontres en raison de leur expertise clinique.

Dans ce contexte exceptionnel, le personnel infirmier en PCI a été très sollicité. En conséquence, certains travaux ont été reportés. En effet, deux CSSS n'ont pu faire adopter, tel que convenu, leur programme en PCI par leur conseil d'administration. Les deux établissements planifient son adoption au début de 2010-2011.

Santé au travail

L'année financière du programme *Santé au travail* correspond à une année civile, soit de janvier à décembre. En 2009, l'année financière s'est terminée le 2 janvier 2010. En plus de la réalisation des activités courantes de ce programme, l'année 2009 a été marquée par la mise en place d'une nouvelle organisation locale de services.

Mise en place d'un nouveau plan d'organisation pour les activités locales du programme :

Depuis le 13 septembre 2009, le CSSS du Lac-Témiscamingue est l'établissement mandataire pour la réalisation des activités locales du programme *Santé au travail*. Afin de réaliser son nouveau mandat sur l'ensemble du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue, ce CSSS dispose de cinq équipes de travail réparties en autant de points de services. À noter que la présente réorganisation n'affecte en rien les territoires de Lebel-sur-Quévillon et de Matagami qui sont compris dans le plan d'organisation de l'Abitibi-Témiscamingue pour la santé au travail. Une des premières retombées positives de la mise en place de ce nouveau plan d'organisation est que le CSSS du Lac-Témiscamingue a comblé, à quelques exceptions près, l'ensemble des postes sur le plan local.

Ententes de gestion et d'imputabilité spécifiques au programme :

En 2009, les cibles fixées liant l'Agence et la Direction régionale de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ont été atteintes à plus de 80 %. À titre d'exemple, notons l'accroissement de près de 30 % du nombre de demandes d'évaluation ayant du programme *Pour une maternité sans danger* dans la région (1137 en 2009 comparativement à 909 en 2008). En lien avec l'augmentation de l'activité minière, on constate une hausse de l'ordre de 50 % du nombre de radiographies pulmonaires réalisées dans le cadre du *Règlement de santé pulmonaire des travailleurs des mines* (1500 en 2009 comparativement à 1011 en 2008).

Soulignons enfin le succès obtenu par la tenue de la 21e édition du Colloque régional en santé et sécurité au travail. Cette activité annuelle, organisée en partenariat entre l'Agence, les CSSS de la région et la CSST, est un événement incontournable de promotion de la santé et de la sécurité au travail auprès des employeurs et des travailleurs de la région. Près de 400 personnes ont participé à l'une ou l'autre des deux journées du colloque.

Santé environnementale

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer un soutien d'expertise en santé environnementale.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Avis et soutien d'expertise selon les besoins	Réponses aux besoins	Selon les besoins du milieu	Réponses aux besoins

Commentaires

Un projet de recherche, développé en partenariat avec Santé Canada, le Centre universitaire de Sherbrooke (CHUS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été complété. Le rapport final a été déposé en mars 2010. Il a nécessité la collaboration de l'Agence pour la cueillette des informations, des échantillons d'eau et des échantillons biologiques ainsi que pour l'analyse des données. Ce projet visait la surveillance biologique de l'exposition à l'arsenic inorganique et des perturbations endocriniennes associées, dont l'hypothyroïdie et le diabète de type 2, dans une population rurale qui s'approvisionne en eau potable par des puits domestiques. Quatre territoires de CSSS de la région possèdent des zones géologiques qui sont propices à une contamination naturelle de l'eau souterraine à l'arsenic. Cette étude apporte un appui aux actions de prévention déployées par la Direction de santé publique depuis plusieurs années et visent à diminuer les risques d'exposition chronique,

Un projet majeur d'infrastructure routière a été soumis au processus d'évaluation des impacts environnementaux. Il s'agit d'une voie de contournement de la route 117 permettant de dévier la circulation de cette route transcanadienne vers la périphérie du centre-ville de Rouyn-Noranda. La Direction de santé publique a procédé à l'analyse des informations soumises par le ministère des Transports du Québec dans son étude d'impacts afin d'évaluer les risques potentiels pour la santé des citoyens vivant à proximité du tracé de route proposé. L'évaluation touchait également les améliorations anticipées pour la santé et la sécurité de la population en zone urbaine. Plusieurs recommandations ont été formulées à l'égard du projet pour en réduire les impacts sur la qualité de vie des personnes concernées.

Par ailleurs, la Direction de santé publique a représenté le MSSS pour son expertise dans le cadre du processus d'audiences publiques du Bureau des audiences publiques sur l'environnement (BAPE). Les conclusions de l'analyse du projet par les ministères, de même que par le BAPE, devraient être déposées à la ministre du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs à l'été 2010.

Soulignons également une collaboration avec le CSSS de Rouyn-Noranda, le service des pompiers de la Ville de Rouyn-Noranda ainsi que certains groupes communautaires dans l'élaboration d'un processus d'accompagnement, tant pour les intervenants que pour les personnes affectées, lors de signalements de cas d'insalubrité grave dans un logement ou une habitation. Un dépliant d'information est présentement en élaboration à ce sujet. L'objectif est d'outiller les personnes vivant une situation précaire susceptible d'être de l'insalubrité morbide afin de les amener à prendre conscience des risques pour leur santé et, ainsi, à les inciter à demander de l'aide.

Surveillance de l'état de santé

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Documenter certaines problématiques afin de soutenir les CSSS dans leur mandat de responsabilité populationnelle et également d'informer la population, les intervenants et les décideurs comme le prescrit la Loi sur la santé publique.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Réalisation et diffusion de fascicules thématiques	S.O.	5 fascicules	5 fascicules

Commentaires

L'année a débuté par la diffusion du fascicule intitulé *La consommation d'alcool en Abitibi-Témiscamingue*. La poursuite des activités s'est concentrée autour de la réalisation et de la diffusion des quatre fascicules thématiques suivants :

- *La défavorisation en Abitibi-Témiscamingue*
- *Le diabète en Abitibi-Témiscamingue*
- *Vivre sous le seuil de faible revenu en Abitibi-Témiscamingue*
- *Les problèmes de poids en Abitibi-Témiscamingue*

La diffusion de ces documents a été faite auprès de l'ensemble des partenaires sectoriels et intersectoriels concernés par les problématiques. La version électronique des fascicules a également été déposée sur le site web de l'Agence. Les médias locaux et régionaux (télévision, radio et journaux écrits) ont couvert, à chaque fois, le lancement de ces documents.

Services généraux

Services infirmiers et psychosociaux généraux

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 307	2 307	2 411
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,7	3,9	3,74

Commentaires

Le résultat obtenu en 2009-2010 quant au nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux des CSSS est plus élevé que l'année précédente. Près de 1,7 % de la population est rejointe par ces services, sans compter les activités de groupes réalisées. Le nombre moyen d'interventions par usager est toutefois demeuré le même. Plusieurs CSSS ont utilisé ces professionnels en soutien lors des activités liées à la pandémie.

Programmes de Soutien

Administration et soutien aux services

Équilibre budgétaire

Attente administrative

Objectif de résultats

S'assurer de l'équilibre budgétaire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Agence.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Évolution de la situation financière des établissements par rapport à l'année précédente	(579 875 $)	0 $	(922 027 $)
Évolution de la situation financière de l'Agence	162 046 $	0 $	(1 565 $)

Commentaires

En 2009-2010, deux établissements présentent un déficit. En ce qui concerne un de ces établissements, le déficit total est de l'ordre de 1 626 130 $. Un plan d'équilibre budgétaire sera présenté par l'établissement lors de la production de son budget 2010-2011. Cet établissement devra planifier le retour à l'équilibre budgétaire en 2010-2011. En ce qui concerne l'autre établissement, ce déficit est comblé par son avoir propre.

La bonne situation financière des établissements est due à l'effort constant des gestionnaires du réseau régional.

Personnel du réseau et du Ministère

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,49 % 5,62 % (P-13)	6,06 %	5,96 %
Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	50 %	66,7 %	66,7 %
Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	50 %	66,7 %	16,7 %
Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	S.O.	50 %	48 %

Commentaires

L'objectif de la région est atteint concernant le ratio en assurance salaire. Sur les dix établissements de la région :

- Quatre ont connu une baisse de leur ratio;
- Trois affichent un ratio assez stable, avec une hausse inférieure à 1 %;
- Trois ont connu une légère hausse de leur ratio, soit un peu plus de 1 %.

Des efforts importants continuent d'être déployés par l'ensemble de la région pour réduire l'utilisation de l'assurance salaire.

En ce qui concerne le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier, la région atteint sa cible. En fait, malgré la pénurie de personnel infirmier qui perdure, quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS) sur six ont atteint la cible visée en 2009-2010 et globalement, la région a connu une diminution de 0,9 % du temps supplémentaire en personnel infirmier, passant de 6,47 % en 2008-2009 à 5,57 % en 2009-2010 (données cumulatives à la période 12).

La région n'a pas atteint ses objectifs en regard de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Parmi les cinq CSSS ayant eu recours à la MOI en 2008-2009 et 2009-2010, quatre ont connu une hausse en 2009-2010. Certains établissements ont favorisé le recours au MOI plutôt qu'au temps supplémentaire afin d'éviter l'épuisement de leur personnel et les congés maladie. Dans la région, il ne s'agit pas toujours d'agences privées mais également d'infirmières retraitées venues appuyer les équipes dans le cadre de la pandémie.

Quant à la titularisation des postes pour les infirmières, on observe une amélioration de la situation par rapport à 2007-2008 (43 %). Toutefois la cible n'est pas atteinte, la moitié des établissements ayant terminé leur processus. Par ailleurs, deux CSSS sur les cinq concernés ont atteint leur cible pour 2009-2010. Cependant, le nombre de postes temps partiel régulier est souvent plus élevé que le nombre de postes temps complet régulier. Des questions persistent quant aux résultats obtenus par deux CSSS (Lac-Témiscamingue et Vallée-de-l'Or) qui auraient terminé leur processus tout en étant très loin de la cible. On constate une détérioration de leur situation par rapport à 2007-2008.

Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Normaliser les données selon le cadre normatif de la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO).

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'établissements qui ont normalisé les données selon le cadre normatif de la GPMO	10	10	10

Commentaires

La cible est atteinte. Considérant l'importance d'avoir accès à des données comparables et valides pour tous les établissements, un cadre normatif en gestion prévisionnelle de main-d'œuvre a été appliqué par tous les établissements.

Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Mettre en œuvre la stratégie régionale de main-d'œuvre (SRMO) 2009-2015.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Groupe mandataire constitué et plan de travail élaboré dans le cadre de la SRMO	Version préliminaire de la SRMO produite	Groupe mandataire constitué Plan de travail élaboré	Groupe mandataire constitué Plan de travail élaboré

Commentaires

Le réseau de la santé et des services sociaux est confronté à une situation de pénurie de main-d'œuvre qui, compte tenu de la démographie de la population québécoise, augmentera de manière substantielle au cours des prochaines années. Il importe donc de se doter d'une stratégie de main-d'œuvre visant à éviter ou à atténuer cette pénurie et à s'assurer que les établissements puissent avoir le personnel compétent requis pour offrir les services de santé et les services sociaux à la population.

Un groupe mandataire SRMO a été mis en place en Abitibi-Témiscamingue. Il est composé des chargés de projet des établissements et de l'Agence. Un plan d'action sur les premiers éléments à travailler et un tableau de bord de suivi ont été élaborés. La SRMO 2009-2015, adoptée par le conseil d'administration de l'Agence, est le résultat de travaux de réflexion avec les directions des ressources humaines des établissements et avec les partenaires du réseau.

Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Produire un inventaire régional de la main-d'œuvre.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Portrait annuel détaillé de la main-d'œuvre selon le modèle prescrit	10 établissements	10 établissements	10 établissements

Commentaires

Le portrait régional préliminaire a été produit à l'hiver 2010. Dans la dernière année, les établissements et l'Agence ont dû s'adapter à de nouveaux outils informatisés qui présentent plusieurs améliorations.

Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Améliorer la planification et la coordination de la formation pratique (stage).

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages volet social)	9	10	9
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages en soins infirmiers)	5	6	5

Commentaires

La grande majorité des établissements participent à l'entente. Toutefois, la cible n'est pas atteinte

En ce qui concerne le volet social, bien qu'il y ait un calendrier de placement des stages, les établissements doivent s'approprier les différents processus reliés au placement afin d'en améliorer l'efficacité.

Des travaux doivent être effectués concernant le volet soins infirmiers qui, compte tenu du volume de stages, requiert une meilleure coordination et répartition des stagiaires.

Les membres du comité des stages ont participé à la démarche de l'élaboration de la SRMO, car les stages font partie des solutions dans la problématique de pénurie de main-d'œuvre.

Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Contribuer au recrutement, à la rétention et au maintien du personnel du réseau.

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Participation à des salons de l'emploi selon le calendrier des évènements	8 salons de l'emploi	10 salons de l'emploi	10 salons de l'emploi
Plan de communication sur le recrutement régional	Cédérom interactif produit Participation à 10 journées de promotion en milieu scolaire	Participation à des activités de promotion en milieu scolaire	Participation à des activités de promotion en milieu scolaire

Commentaires

Les établissements ont ciblé les meilleurs salons de l'emploi à la suite des expériences antérieures, ce qui a permis de recueillir 89 curriculum vitae de finissants et les noms de 53 étudiants à la recherche d'un stage ou d'un emploi d'été. Les élèves du secondaire de la région continuent d'être rencontrés pour faire la promotion des emplois dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les chargés de projet de la SRMO se sont intégrés aux différentes activités de promotion qui font dorénavant partie de cette stratégie.

Recrutement et rétention des cadres

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Soutenir et développer les compétences des cadres par le programme régional de *coaching*.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre de demandes de *coaching*	10	15	22

Commentaires

La cible est largement dépassée.

Les résultats pour 2009-2010 démontrent que le programme répond aux besoins des cadres. Une analyse des 22 demandes de *coaching* reçues en 2009-2010 indique que :

- tous les CSSS de la région ainsi que l'Agence ont au moins un gestionnaire qui a présenté une demande de *coaching*;
- aucune demande de *coaching* n'a été présentée par des gestionnaires provenant des établissements à vocation régionale;
- dix-sept cadres ont choisi un consultant externe pour leur donner du *coaching*, trois ont choisi un gestionnaire retraité et deux ont préféré un gestionnaire en poste.

Infirmière praticienne spécialisée de première ligne

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Intégrer des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de première ligne à l'organisation de services.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Nombre d'IPS en place	Mise en œuvre du plan d'action	3	3 candidates à l'exercice à la profession IPS

Commentaires

Trois étudiantes sont devenues candidates à l'exercice à la profession depuis décembre 2009, soit deux au CSSS de Rouyn-Noranda et une au CSSS de la Vallée-de-l'Or. Elles sont associées aux UMF et aux GMF. Elles devraient passer les examens de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) au printemps 2010.

Deux autres étudiantes, une au CSSS des Aurores-Boréales et une au CSSS Les Eskers de l'Abitibi, devraient débuter leur stage de fin de session à l'été 2010.

L'Agence a réalisé de multiples démarches sur le plan régional et national pour soutenir le développement et l'intégration de ces professionnelles dans les services.

Formation *Agir auprès de la personne âgée*

Attente administrative

Objectif de résultats

Débuter le déploiement local de la formation AGIR à l'intention des préposés aux bénéficiaires (PAB).

Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats 2009-2010***
Numéros d'ateliers pour lesquels la formation de formateurs a eu lieu		Ateliers : 2, 6, 7, 9, 5 et 1	Ateliers : 2, 6, 7 et 9
Nombre de PAB formés par atelier :			
- atelier 2		Variable selon les CSSS	252
- atelier 6			59
- atelier 7			62
- atelier 1			13
Nombre de CSSS ayant débuté le déploiement local de la formation auprès des PAB selon l'atelier			
- atelier 2		5/5	5/5
- atelier 6		5/5	3/5
- atelier 7		5/5	3/5

Commentaires

La cible est partiellement atteinte. La pandémie d'influenza que le réseau a connue en 2009-2010, particulièrement durant la période d'automne, a entraîné un changement quant aux priorités, notamment pour les formations. Ainsi, la formation de formateurs pour l'atelier 7, qui devait avoir lieu au mois de novembre 2009, a été reportée à janvier 2010. Ceci a eu pour conséquence de repousser à l'année 2010-2011 les formations de formateurs pour les ateliers 5 et 1 qui étaient prévues pour l'hiver 2010.

Outre l'impact sur les formations de formateurs, la pandémie d'influenza a occasionné un délai sur le déploiement local de la formation.

On remarque que même si la formation de formateurs pour l'atelier 1 n'a pas eu lieu en 2009-2010, le déploiement de la formation pour cet atelier a débuté auprès des PAB d'un CSSS. Cela est dû au fait qu'un CSSS utilise le modèle *clé en main* pour former les PAB, c'est-à-dire que la formation est donnée par des personnes-ressources de la Commission scolaire Harricana et non par des ressources internes.

Ressources informationnelles

Plan directeur régional en ressources informationnelles

Attente administrative

Objectif de résultats

Actualiser le plan directeur régional en ressources informationnelles (PDRRI) et mettre en œuvre divers projets de développement selon les priorités établies par l'Agence et les établissements de la région.

Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats 2009-2010***
Nombre d'établissements ayant réalisé l'intégration du *Picture archiving and communication system* (PACS) et du système de dictée numérique	Mise en production PACS : 6/6 CSSS Dictée : 5/5 CSSS	Intégration avec le *Répertoire d'imagerie diagnostique* (RID) McGill Déploiement graduel du PACS en GMF	Intégration en cours et sera complétée en 2010 PACS déployé dans deux GMF (Les Eskers de l'Abitibi et des Aurores-Boréales)
Réalisation des activités visant la planification du DSQ	Réalisation du manuel de gestion de projet Création des comités de gestion de projet, nomination des chargés locaux et du comité directeur Coordination des travaux préalables Planification des ententes	Révision de la planification Mise en œuvre des travaux préalables au DSQ Signature des ententes avec le MSSS	Révision de la planification Travaux préalables au DSQ en cours Signature de l'entente prévue en juin 2010
Nombre de GMF informatisés et disposant de toutes les fonctionnalités prévues	3/5	5/5	4/5
Activités visant la mise en place d'un service d'Index patient-maître (IPM) par CSSS	Participation aux comités nationaux Formation des archivistes de tous les CSSS Envoi des formulaires d'inscription à la RAMQ Création du comité directeur régional IPM	Travaux réalisés selon le rythme d'avancement du MSSS	Travaux réalisés selon le rythme d'avancement du MSSS

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Grippe A(H1N1) : Volet ressources informationnelles	S.O.	S.O.	Coordination des travaux informatiques liés à la grippe A(H1N1)
Nombre de sites migrés au Réseau intégré de télécommunications multimédias (RITM)	S.O.	Travaux réalisés selon le rythme d'avancement du Centre de services partagés du Québec (CSPQ) / Telus	Travaux réalisés selon le rythme d'avancement du CSPQ / Telus
Nombre d'établissements (incluant l'Agence) ayant transmis l'inventaire des postes informatiques et du plan triennal de maintien d'actifs informationnels	11/11	11/11	11/11
Nombre d'établissements (incluant l'Agence) ayant transmis l'inventaire des serveurs dans le cadre du maintien d'actifs informationnels	S.O.	11/11	11/11
Nombre d'établissements (incluant l'Agence) ayant transmis l'inventaire de la téléphonie Internet Protocole (IP) dans le cadre du maintien d'actifs informationnels	S.O.	11/11	10/11
Appel d'offres visant le remplacement des serveurs TD Synergie pour les suivis de laboratoire	S.O.	Appel d'offres réalisé	Appel d'offres réalisé

Commentaires

L'année 2009-2010 a été marquée par la consolidation des acquis, la révision des processus et la planification des prochains investissements. À ces égards, des travaux ont été réalisés afin d'établir un mode de gouvernance régionale visant une gestion partagée concernant les actifs informationnels du domaine de l'imagerie (PACS, dictée numérique et système d'information de radiologie).

Sur le plan du déploiement du PACS, des travaux ont été réalisés afin d'intégrer différentes fonctionnalités. Quant à l'accès aux images, la collaboration du Technocentre régional et des CSSS a permis l'installation de points d'accès PACS dans deux GMF. Ces travaux permettent donc aux médecins de consulter les examens d'imagerie de leurs patients inscrits au GMF directement de leur clinique, et ce, sans déplacement et dans un court délai. Grâce au PACS, plus de professionnels de la santé de l'Abitibi-Témiscamingue ont accès à l'imagerie numérique.

Pour ce qui est du DSQ, l'Agence a poursuivi ses travaux préalables permettant l'implantation éventuelle du DSQ en région. En janvier 2010, l'Agence a reçu la visite de l'équipe DSQ dans la perspective de procéder à la signature d'une entente de mise en œuvre. Cette rencontre a permis de préciser l'approche de déploiement du DSQ pour la région et de mettre à niveau les connaissances de l'Agence sur les médicaments et les laboratoires. La signature de l'entente régionale est prévue en juin 2010.

L'informatisation des GMF s'est poursuivie en 2009-2010 avec le branchement du GMF de la Vallée-de-l'Or ainsi que du GMF de Rouyn-Noranda. Ceux-ci ont maintenant tous les liens de télécommunications nécessaires, le parc informatique ainsi que les accès aux requêtes-résultats de laboratoire et de radiologie. Un cadre de gestion a été développé conjointement entre la Direction des ressources informationnelles et la Direction des affaires médicales et universitaires afin de préciser le nouveau processus d'informatisation des GMF. Ce cadre a été soumis aux établissements et sera approuvé en 2010-2011.

La région a exprimé ses attentes auprès du MSSS, de la Sogique et des fournisseurs afin de faire évoluer le dossier et évaluer différents scénarios technologiques permettant la mise en place d'un IPM. Ces travaux permettront, à échéance, d'assurer un appariement des dossiers patients de manière à pouvoir alimenter le DSQ et les différents systèmes d'information cliniques.

La gestion de la pandémie de la grippe A(H1N1) a impliqué les travaux suivants : l'accès aux systèmes d'information pour l'enregistrement des vaccins, la formation en ligne du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les systèmes sources et les télécommunications nécessaires au bon fonctionnement de la clinique de grippe et des centres de vaccination.

Le réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) se prépare à une nouvelle phase de modernisation visant la mise en œuvre du RITM. L'Agence s'est impliquée dans cette démarche pour ce qui est de la préparation des sites qui seront migrés avant le 31 décembre 2010.

Afin d'assurer une évolution du cadre de gestion du maintien d'actifs informationnels, le MSSS a demandé aux régions de procéder à l'inventaire de l'ensemble des composantes informatiques ainsi que de tous les systèmes de téléphonie implantés dans le réseau. Cet inventaire a permis d'établir des priorités de financement quant au remplacement d'équipements à vocation régionale ou locale.

Gestion des bâtiments et des équipements

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière

Attente administrative

Objectif de résultats

Préparer et déposer un Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) pour 2009-2010.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Dépôt des PCFI des dix établissements de la région	100 %	100 %	100 %

Commentaires

L'Agence a reçu et analysé tous les PCFI de tous les établissements de la région. Tous les avis de conformité ont été émis aux établissements.

La région a reçu un budget de 7 809 639 $ en maintien des actifs, de 2 548 375 $ en rénovation fonctionnelle excluant le volet CHSLD et de 700 000 $ en rénovation fonctionnelle en CHSLD.

Programmes fonctionnels et techniques

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Analyser et recommander les programmes fonctionnels et techniques (PFT) des établissements concernés.

Indicateur	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
Analyses et recommandations réalisées	Suivi des processus réalisés	Suivi des processus réalisés	Suivi des processus réalisés

Commentaires

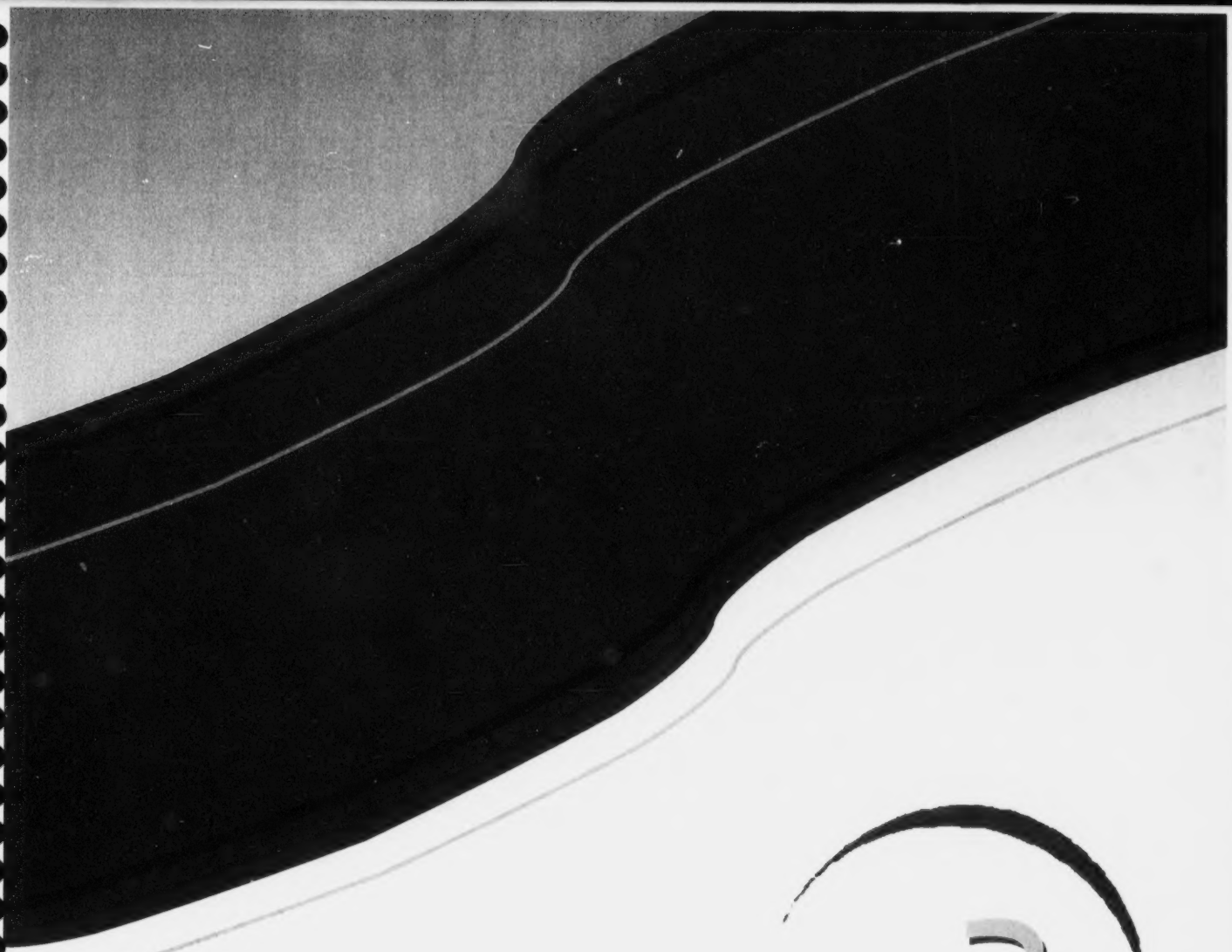
PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or, mission CH site de Malartic : Le chantier a débuté au printemps 2008. Les travaux rencontrent les échéanciers planifiés, le tout devrait être terminé en avril 2010.

PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or, mission CHSLD site de Malartic : Le projet d'échange de bâtiment entre le CSSS de la Vallée-de-l'Or et la compagnie minière de construction est presque finalisé. La construction de la nouvelle bâtisse est terminée à plus de 90 %. Le projet d'acte d'échange devrait être signé sous peu et le déménagement des usagers est prévu pour le 31 mai 2010.

PFT du CSSS du Lac-Témiscamingue : Le PFT a été transmis au MSSS en juillet 2009. La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) transmettra son rapport final au MSSS en mai 2010. À partir de ce rapport final, le CSSS du Lac-Témiscamingue révisera son projet.

PFT du CSSS des Aurores-Boréales : Le projet, à la suite du rapport émis par la CHQ, a dû subir des modifications afin de rencontrer le budget octroyé. Le nouveau concept sera déposé à l'Agence au mois de juin 2010.

PFT du CSSS Les Eskers de l'Abitibi : Le 3 octobre 2008, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi recevait l'autorisation du MSSS de procéder à l'élaboration d'un PFT en ce qui concerne le réaménagement du secteur de l'urgence. Après le processus d'appel d'offres, le Groupe Conseil Trame a été choisi pour produire le PFT qui devrait être remis à l'Agence à l'été 2010.



3

Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

3 Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

Respect des règles et des normes édictées par le MSSS

L'Agence a subventionné, en 2009-2010, un total de 153 organismes communautaires dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). De ce nombre, 128 oeuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à la mission globale pour un total de 10 711 698 $, soit une augmentation de 860 743 $ par rapport à 2008-2009.

Les ajouts concernent principalement une somme récurrente d'indexation totalisant 159 958 $ ainsi que des transferts de sommes octroyées en entente vers la mission globale pour des organismes oeuvrant en déficience physique et en déficience intellectuelle.

L'Agence a également investi un total de 1 936 104 $ pour la réalisation d'ententes pour des activités spécifiques et 196 897 $ pour la réalisation de projets ponctuels.

En plus du suivi de gestion des organismes communautaires, les activités de l'Agence auprès de ces derniers se résument comme suit :

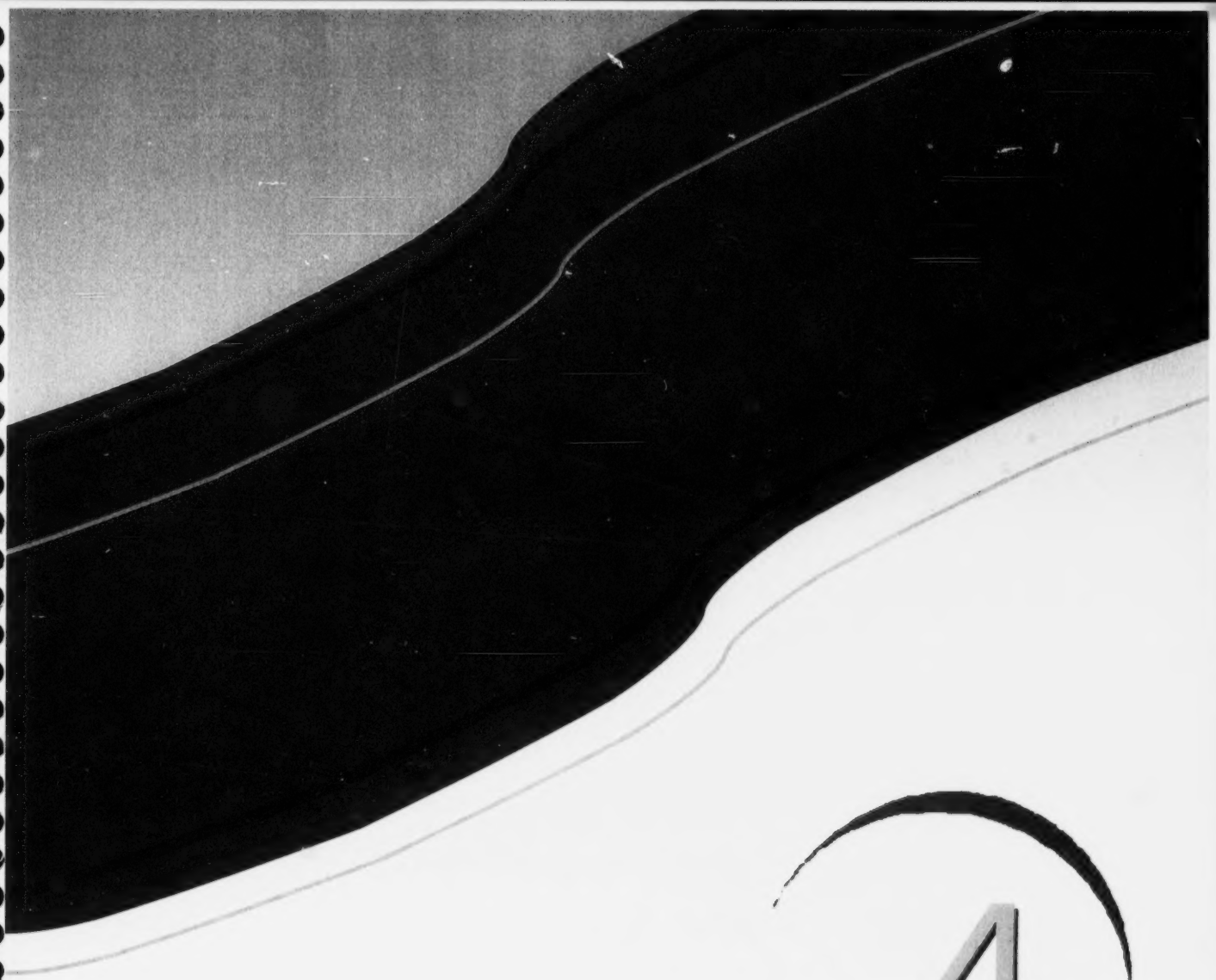
- évaluation de la réponse des organismes communautaires en regard des activités offertes à la population et du soutien budgétaire accordé;
- soutien d'expertise et d'accompagnement d'organismes en difficulté;
- création de liens significatifs avec les CSSS;
- poursuite des mécanismes de concertation mis en place avec les organismes communautaires dans le cadre du comité de partenariat.

En conformité avec les critères et les règles établis par le MSSS dans le cadre du PSOC, l'Agence a assuré la vérification des informations devant être fournies à titre de reddition de comptes par les organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux.

Comité de partenariat

Le comité de partenariat s'est réuni une seule fois en mai 2009.

Comme par les années précédentes, le bottin des organismes communautaires a été mis à jour et diffusé largement dans le réseau de la santé et des services sociaux de la région.



4

Données financières

4 Données financières

Situation financière de l'Agence

Rapport de la direction

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

La présidente-directrice générale,

Lise St-Amour

La directrice des ressources financières et matérielles,

Marie-Lyne Blier, cma

Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
158, rue Monseigneur-Tessier Ouest
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2S6

Téléphone: (819) 762-1714
Télécopieur: (819) 762-3306
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2010 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel nous avons exprimé une opinion sans réserve dans notre rapport daté du 28 mai 2010. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 3, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Notre responsabilité, en conformité avec la note d'orientation pertinente concernant la certification, publiée par l'Institut Canadien des comptables Agrées, consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les critères décrits dans la note d'orientation susmentionnée.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. [1]

Rouyn-Noranda, le 28 mai 2010

[1] Comptable agréé auditeur permis n° 8234

Comptables agréés
Membre de Grant Thornton International

Tableau 20
Fonds d'exploitation
État des résultats
Exercice terminé le
31 mars 2010

		Activités principales		Activités accessoires	
		2009-2010 $	2008-2009 $	2009-2010 $	2008-2009 $
PRODUITS					
Subvention du MSSS					
Budget signifié	01	6 868 674	6 694 228	17 929	117 929
(Diminution) ou augmentation du financement (préciser)	02	8 169	343 736	200 000	
Variation des revenus reportés - MSSS (préciser)	03	34 034	(11 097)	(130 150)	(4 794)
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	04	1 949	(5 743)		
Total (L.01 à L.04)	05	6 912 826	7 021 124	87 779	113 135
Revenus de placements	06	3 124	11 694	2 466	11 474
Revenus commerciaux	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources :					
Recouvrements	08	77 644	96 655		
Ventes de services	09	124 078	131 362		
Subventions du gouvernement fédéral	10				
Autres subventions (préciser)	11	53 464	99 628	118 000	
Autres revenus (préciser)	12	14 996	10 755		
Total des produits (L.05 à L.12)	13	7 186 132	7 371 218	208 245	124 609
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	4 076 685	3 843 766		
Avantages sociaux	15	1 111 926	958 483		
Charges sociales (C.1 : P291, précision 3)	16	580 752	521 423		
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses CA (act. princ.)	17	333 490	379 176	4 970	645
Services achetés (C.1 : P291, précision 4)	18	354 353	413 754	199 164	112 490
Communications	19	203 958	243 656		
Loyer	20	278 637	278 519	735	
Location d'équipement	21	52 514	53 524	910	
Fournitures de bureau	22	73 256	59 939		
Transfert à des établissements (préciser)	23			xxxx	
Autres frais (préciser)	24	135 763	210 720		
Charges non réparties	25		229 470		
Transfert de frais généraux (préciser)	26	(33 881)	(27 014)		
Charges extraordinaires	27	xxxx	xxxx		
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	7 167 453	7 165 416	205 779	113 135
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 - L.28)	29	18 679	205 802	2 466	11 474

À titre informatif seulement : Contributions (+/-)

En provenance de l'avoir-propre (+)(préciser)	30				
En provenance de fonds affectés (+)(préciser)	31			xxxx	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)(préciser)	32			xxxx	
En provenance du fonds de stationnement (+) (préciser)	33				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	34	(20 244)	(43 756)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610)(-)	35	xxxx	xxxx		
Affectées à d'autres fonds (-)(préciser)	36				
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	(1 565)	162 046	2 466	11 474

Note : Données extraites de la page 200 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 21

		2009-2010 $	2008-2009 $
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 674 250	584 457
Variation des revenus reportés – Crédits régionaux	02	(12 838)	(3 935)
Ajustement de la subvention à recevoir – Réforme comptable – variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	03	346	1 153
Contributions des établissements	04		1 202 671
Revenus de placements	05	5 627	31 525
Revenus d'autres sources :			
Recouvrements	06	11 793	36 232
Ventes de services	07		
Subventions du gouvernement fédéral	08		
Autres revenus	09	418 602	722 265
Total des produits (L.01 à L.09)	10	2 097 780	2 574 368
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	448 088	344 009
Avantages sociaux	12	87 679	85 675
Charges sociales	13	63 640	50 343
Frais de déplacement et d'inscription	14	105 490	107 933
Services achetés	15	707 640	1 017 703
Communications	16	63 471	34 696
Loyer	17	4 033	6 861
Location d'équipement	18	3 327	3 262
Fournitures de bureau	19	16 249	19 950
Créances douteuses	20		
Autres frais	21	440 834	458 870
Transfert de frais généraux	22	33 881	27 014
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.23)	23	1 974 332	2 156 316
EXCÉDENT (DÉFICIT)(L.10 – L.24)	24	123 448	418 052

À titre informatif seulement : Contributions

En provenance du fonds d'exploitation (+)	25		
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	26		
En provenance de fonds affectés (+)	27	33 268	55 145
Affectées au fonds d'exploitation (-)	28		
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	29		
Affectées à des fonds affectés (-)	30		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	31	(225 377)	(312 395)
Autres transferts interfonds	32	128 833	
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.25 à L.30)	33	60 172	160 802

Note : Données extraites de la page 201 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 22

		Reports 1	Activités principales $ 2	Avoir propre $ 3	Total (C.2 + C.3) $ 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		152 726	432 842	585 568
Additions (déductions)					
ACTIVITÉS PRINCIPALES :					
Excédent (déficit) de l'exercice	02	18 679	xxxx	xxxx	xxxx
Transferts interfonds (provenance) :					
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	03		xxxx	xxxx	xxxx
Contributions de fonds affectés (+)	04		xxxx	xxxx	xxxx
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	05		xxxx	xxxx	xxxx
Contributions du fonds de stationnement (+)	06		xxxx	xxxx	xxxx
Transferts interfonds (affectations) :					
Contributions du fonds d'immobilisations (-)	07	(20 244)	xxxx	xxxx	xxxx
Contributions à d'autres fonds (-)	08		xxxx	xxxx	xxxx
Excédent (déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.02 à L.08)	09	(1 565)		(1 565)	(1 565)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :					
Excédent (Déficit) de l'exercice	10		xxxx	2 466	2 466
Transferts interfonds (provenance) :					
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	11		xxxx		
Contributions du fonds de stationnement (+)	12		xxxx		
Transferts interfonds (affectations) :					
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	13		xxxx		
Contributions du fonds de stationnement (c-a 8610)(-)	14		xxxx		
Contributions à d'autres fonds (-)	15		xxxx		
Excédent (déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.10 à L.15)	16		xxxx	2 466	2 466
Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre (préciser)	17				
Libération de surplus	18		(162 180)	162 180	
Récupération de surplus	19				
Autres additions (déductions) Corrections inscrites à l'analyse financière 2008-2009	20		9 454		9 454
Variation de l'exercice (L.09 + L.16 + L.17 à L.20)	21		(152 726)	163 081	10 355
Réforme comptable – Autres redressements demandés par le MSSS (préciser)	22				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.21 + L.22)	23			595 923	595 923

Note : Données extraites de la page 250 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 23
Fonds d'exploitation
Fonds des activités régionalisées
Situation au 31 mars 2010

ACTIF		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009
		1	2	3	4
À court terme					
Encaisse	01	1 291 332	928 653	1 626 795	1 221 228
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS (C.1 : P.290, précision1)	03	211 919	326 047	222 520	590 882
Établissements (préciser)	04	5 639	314	3 207	30 829
Fonds d'exploitation	05	xxxx	xxxx		
Fonds des act. régionalisées (C.1 : préciser)	06			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	07				
Autres (préciser)	08	301 421	227 434	198 334	49 323
Charges payées d'avance	09	12 178	71 412	8 982	54 642
Autres éléments (C.1 : préciser)	10				
Total – Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	1 822 489	1 553 860	2 059 838	1 946 904
À long terme					
Subvention à recevoir – provision pour vacances et congés de maladie	12	628 373	626 424	39 701	39 355
Autres éléments d'actif (C.1 : préciser)	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 à L.13)	14	2 450 862	2 180 284	2 099 539	1 986 259
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15			68 032	31 296
Emprunts temporaires	16				
Intérêts courus à payer	17			2	
Créditeurs et charges à payer :					
MSSS (C.1 : P.290, précision 2)	18		8 930		
Établissements publics (préciser)	19	1 382	17 835	128 673	112 302
Fonds d'exploitation	20	xxxx	xxxx		
Fonds des activités régionalisées (C.1 : préciser)	21			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	22				
Salaires courus à payer	23	545 695	449 001	72 517	
Autres (préciser)	24	193 241	107 975	130 275	287 802
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	25			xxxx	xxxx
Autres revenus reportés (C.1 : préciser)	26	451 324	384 551	472 982	397 778
Provision pour vacances et congés de maladie	27	663 297	626 424	53 537	43 732
Autres éléments (C.1 : préciser)	28				
Total – Passif à court terme (L.15 à L.28)	29	1 854 939	1 594 716	926 018	872 910
Dettes à long terme (C.1 : préciser)	30				
TOTAL DU PASSIF (L.29 + L.30)	31	1 854 939	1 594 716	926 018	872 910
SOLDE DE FONDS	32	595 923	585 568	1 173 521	1 113 349
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.31 + L.32)	33	2 450 862	2 180 284	2 099 539	1 986 259

Note : Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 24

		2009-2010 $ 1	2008-2009 $ 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	11 389 141	10 720 476
Débiteur MSSS	04	140 961	328 960
Autres éléments (préciser)	05	36 030	54 739
À long terme			
Immobilisations	06	1 509 418	1 551 394
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – écart de financement – réforme comptable	07	27 153 766	29 037 116
Autres éléments d'actif (préciser)	08	62 019	2 016
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.08)	09	40 291 335	41 694 701
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	10	21 346	35 104
Emprunts temporaires	11	11 739 034	10 869 908
Intérêts courus à payer : Financement Québec	12	130 984	247 379
Corporation d'hébergement du Québec	13	9 977	6 523
Autres	14		
Autres éléments (préciser)	15	36 030	53 894
À long terme			
Revenus reportés	16		
Dette à long terme	17	28 353 964	30 481 893
TOTAL DU PASSIF (L.10 À L.17)	18	40 291 335	41 694 701
SOLDE DE FONDS	19		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.18 + L.19)	20	40 291 335	41 694 701

Note : Données extraites de la page 261 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 25
Fonds affectés cumulés
Bilan au
31 mars 2010

ACTIF		2009-2010 $ 1	2008-2009 $ 2
À court terme			
Encaisse	01	2 687 454	2 335 597
Placements temporaires	02		
Débiteurs :			
MSSS	03	68 955	198 167
MSSS – subvention pour intérêts sur emprunts	04		
Établissements publics	05		2 077
Fonds d'exploitation	06		
Fonds des activités régionalisées	07		
	08	xxxx	xxxx
Autres	09	211 400	51 582
Charges payées d'avance	10	79 763	85 403
Autres éléments	11		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.11)	12	3 047 572	2 672 826
À long terme			
Subvention à recevoir – provision vacances et congés maladie	13	21 609	21 538
Placements à long terme	14		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.14)	15	3 069 181	2 694 364
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	16	10 929	
Emprunts temporaires	17		
Intérêts courus à payer	18		
Créditeurs et charges à payer :			
Établissements publics	19	8 915	8 588
Organismes	20		
Fonds d'exploitation	21		
Fonds des activités régionalisées	22		
	23	xxxx	xxxx
Salaires courus à payer	24	36 313	27 660
Autres	25	189 652	181 151
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	26	250 357	164 356
Autres revenus reportés	27	2 130	
Provision pour vacances et congés maladies	28	27 309	22 663
Autres éléments	29		
TOTAL DU PASSIF (L.16 À L.29)	30	525 605	404 418
SOLDE DE FONDS	31	2 543 576	2 289 946
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.30 + L.31)	32	3 069 181	2 694 364

Note : Données extraites des pages 262 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (croissance)

Tableau 26

		2009-2010 $ 1	2008-2009 $ 2
PRODUITS			
MSSS	01	14 181 880	13 018 074
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03	383 455	543 493
Variation des revenus reportés – MSSS et Crédits régionaux	04	(86 000)	(142 653)
Ajustement de la subvention à recevoir – réforme comptable – variation de la provision pour vacances et congés maladie	05	71	
Revenus de placements	06	12 615	63 370
Revenus d'autres sources :			
Subvention du gouvernement fédéral	07		5 000
Autres subventions	08	30 490	
Autres revenus	09	2 201 108	2 235 231
Total des produits (L.01 à L.09)	10	16 723 619	15 722 515
CHARGES			
Établissements publics	11	344 332	269 579
Organismes	12	9 548	2 500
Intérêts sur emprunts	13		
Charges d'exploitation :			
Salaires	14	103 484	103 771
Avantages sociaux	15	22 643	18 714
Charges sociales	16	15 531	14 761
Frais de déplacement et d'inscription	17	79 938	76 687
Services achetés	18	104 200	101 996
Location d'équipement	19	133	756
Fournitures de bureau	20	14 853	3 852
Autres charges d'exploitation	21	81 021	163 094
Autres charges	22	15 621 822	14 086 390
Total des charges (L.11 à L.22)	23	16 397 505	14 842 100
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 – L.23)	24	326 114	880 415

Note : Données extraites des pages 263 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 27
Fonds affectés cumulés
État des soldes des fonds au 31 mars 2010

		2009-2010 $ 1	2008-2009 $ 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	2 289 946	1 556 787
Additions (déductions)			
Excédent (déficit) de l'exercice	02	326 114	880 415
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(39 216)	(86 510)
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	(33 268)	(55 145)
Autres additions (déductions)	11		(5 601)
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	253 630	733 159
Réforme comptable – Autres redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 À L.13)	14	2 543 576	2 289 946

Note : Données extraites des pages 263 -1 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 28
État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2009-2010

		2009-2010 $
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2009-2010 inscrit dans le système SBF-R	01	354 407 267
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	321 633 608
Allocations aux organismes communautaires	03	12 651 949
Allocation à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	223 525
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R **(L.02 à L.04)**	05	334 509 082
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	14 307 456
Autres (préciser)	07	10 200
TOTAL (L.05 À L.07)	08	348 826 738
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 – L.08)	09	5 580 529
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser)	10	5 110 994
Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser)	12	395 892
Comptes à payer non signifiés	13	62 050
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	5 568 936
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	11 593
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 – L.14 – L.15)	16	

Information additionnelle

Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R (préciser page 292)	17	
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17 (préciser page 292)	18	

Note : Données extraites des pages 265 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 29
Fonds affectés
Sommaire des bilans
au 31 mars 2010

		Groupe de médecine de famille $	Services préhospitaliers d'urgence $	Autres fonds affectés $
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	01	1 621 625	403 064	662 765
Placements temporaires	02			
Débiteurs :				
MSSS	03		(59 982)	128 937
MSSS – subvention pour intérêts sur emprunts	04			
Établissements publics	05			
Fonds d'exploitation	06			
Fonds des activités régionalisées	07			
	08			
Autres	09	2 147	181 486	27 767
Charges payées d'avance	10	70 640		9 123
Autres éléments	11			
TOTAL – Actif à court terme (L.01 à L.11)	12	1 694 412	524 568	828 592
À long terme				
Subventions à recevoir – provision vacances et congés maladie	13	1 020	20 589	
Placements à long terme	14			
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)	15	1 695 432	545 157	828 592
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque	16			10 929
Emprunts temporaires	17			
Intérêts courus à payer	18			
Créditeurs et charges à payer :				
Établissements publics	19			8 915
Organismes	20			
Fonds d'exploitation	21			
Fonds des activités régionalisées	22			
	23			
Salaires courus à payer	24	6 814	29 499	
Autres	25	8 067	155 936	25 649
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	26			250 357
Autres revenus reportés	27		2 130	
Provision pour vacances et congés maladie	28	3 970	23 339	
Autres éléments	29			
TOTAL DU PASSIF (L.16 à L.29)	30	18 851	210 904	295 850
SOLDE DE FONDS	31	1 676 581	334 253	532 742
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS L.30 + L.31)	32	1 695 432	545 157	828 592

Note : Données extraites des pages 510 à 532 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 30
Fonds affectés
Sommaire des résultats au 31 mars 2010

		Groupe de médecine de famille $	Services préhospitaliers d'urgence $	Autres fonds affectés $
PRODUITS				
MSSS	01	1 952 263	10 889 333	1 340 284
Récupération par le Ministère (en déduction)	02			
Crédits régionaux	03			383 455
Variation des revenus reportés – MSSS et Crédits régionaux	04			(86 000)
Ajustement de la subvention à recevoir – réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés maladies	05	9	62	
Revenus de placements	06	7 052	2 542	3 021
Revenus d'autres sources :				
Subvention du gouvernement fédéral	07			
Autres subventions	08			30 490
Autres revenus	09	1 464	2 112 522	87 122
TOTAL DES PRODUITS (L.01 à L.09)	10	1 960 788	13 004 459	1 758 372
CHARGES				
Établissements publics	11			344 332
Organismes	12			9 548
Intérêts sur emprunts	13			
Charges d'exploitation :				
Salaires	14		103 484	
Avantages sociaux	15		22 643	
Charges sociales	16		15 531	
Frais de déplacement et d'inscription	17		12	79 926
Services achetés	18			104 200
Location d'équipement	19			133
Fournitures de bureau	20		13 064	1 789
Autres charges d'exploitation	21		4 444	76 577
Autres charges	22	1 520 574	12 880 451	1 220 797
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.22)	23	1 520 574	13 039 629	1 837 302
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 – L.23)	24	440 214	(35 170)	(78 930)

Note : Données extraites des pages 510 à 532 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Tableau 31
Fonds affectés
Sommaire des soldes de fonds au 31 mars 2010

		Groupe de médecine de famille $	Services préhospitaliers d'urgence $	Autres fonds affectés $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	**01**	1 269 635	408 639	611 672
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice	02	440 214	(35 170)	(78 930)
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03			
Contributions des activités régionalisées (+)	04			
Contribution de fonds affectés (+)	05			
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06			
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07			
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08			
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09		(39 216)	
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	(33 268)		
Autres additions (déductions)	11			
Variations de l'exercice (L.02 à L.11)	12	406 946	(74 386)	(78 930)
Réforme comptable – Autres redressements demandés par le MSSS	13			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 676 581	334 253	532 742

Note : Données extraites des pages 510 à 532 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2009-2010.

Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2010

1. Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

2. Principales différences avec les principes comptables généralement reconnus

Ce rapport annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables reconnues dans les agences relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les règles comptables utilisées aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada sont les suivantes :

i) La fraction de la dette à long terme échéant à moins d'un an n'est pas présentée à court terme.

ii) L'information requise relative aux instruments financiers n'est pas présentée dans les notes complémentaires.

iii) L'état des résultats des différents fonds n'est pas présenté de façon comparative.

iv) Les modifications comptables sont appliquées rétroactivement sans retraitement des chiffres comparatifs.

v) L'information relative au coût de stocks passé en charges et d'autres informations relatives aux stocks exigées en vertu du chapitre 3031 - Stocks du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA) ne sont pas présentées dans les états financiers.

vi) L'information relative à la gestion du capital exigée en vertu du chapitre 1535 - Information à fournir concernant le capital du Manuel de ICCA n'est pas présentée dans les états financiers.

3. Conventions comptables

Estimations comptables

Pour dresser des états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la direction de l'Agence doit faire des estimations et poser des hypothèses qui ont une incidence sur les montants présentés dans les états financiers et les notes y afférentes. Ces estimations sont fondées sur la connaissance que la direction possède des évènements en cours et sur les mesures que l'organisme pourrait prendre à l'avenir. Les résultats réels pourraient être différents de ces estimations.

3. Conventions comptables (suite)

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est appliquée pour les dépenses et les revenus des agences et s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus (PCGR) du secteur public par l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA).

Comptabilité par fonds

Les agences suivent les principes comptables de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de toutes les agences et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les contributions au fonds d'immobilisations.
- Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence, aux dettes à court terme et à long terme à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant.
- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécusrité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

De plus, d'autres fonds peuvent à l'occasion se retrouver dans certaines agences. Ceux-ci peuvent comprendre :

- Le fonds de dotation : fonds constitué de don, legs, subvention ou autre forme de contributions versées sous condition expresse de doter l'Agence d'un capital qui doit être préservé pour une durée déterminée ou indéterminée. Les revenus provenant du capital et le capital, dans le cas d'un capital à durée déterminée, pourront être utilisés. Ce fonds exclut les subventions et les autres formes de contributions octroyées par le gouvernement du Québec, ses ministères ou ses organismes dont les dépenses sont assumées par le fonds consolidé du revenu;
- Le fonds à destination spéciale : fonds constitué de don, legs, subvention ou autre forme de contributions faites à l'Agence à des fins particulières. Ce fonds exclut les subventions et les autres formes de contributions octroyées par le gouvernement du Québec, ses ministères ou ses organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu;
- Le fonds en fiducie : fonds constitué de sommes appartenant à des tierces personnes, dont l'Agence assume l'administration au bénéfice exclusif des propriétaires de ces sommes;
- Le fonds de stationnement : fonds constitué des revenus nets des parcs de stationnement exploités par l'Agence. La constitution et l'usage des sommes de ce fonds sont soumis à des règles précisément définies.

3. Conventions comptables (suite)

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans les limites de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales
  Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

- Activités accessoires
  Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

  Ces activités se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

  Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des Agences.

  Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Constatation des revenus

L'Agence applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Selon cette méthode, les apports affectés à des charges d'exercices futurs sont reportés et constatés à titre de produits au cours de l'exercice où sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou lorsqu'ils sont à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que son encaissement est raisonnablement assuré.

Les apports reçus sous forme d'immobilisations sont constatés à titre de produits reportés lorsque l'organisme reçoit les immobilisations et virée aux produits au même rythme que l'amortissement des immobilisations correspondantes. Ces apports sont comptabilisés à la juste valeur des immobilisations ou à la valeur symbolique de 1 $ si la juste valeur ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

Les apports reçus sous forme de don, legs, subvention ou autre forme de contributions sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu et sont comptabilisés aux produits des activités principales dès leur réception et sont désormais présentés à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

3. Conventions comptables (suite)

Autres revenus

Les autres revenus sont constatés à titre de produits lorsque les services ont été rendus, que le montant est déterminé ou déterminable et que le recouvrement est raisonnablement assuré.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Stocks

Les stocks sont évalués au coût et au coût de remplacement, selon le moins élevé des deux. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégorie	Durée
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Développement informatique	5 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Équipement informatique	3 ans
Équipements médicaux (agence)	12 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans

Frais reportés

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts
Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

3. Conventions comptables (suite)

De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

4. Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2010	2009
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	20 244 $	43 476 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	225 377 $	312 395 $
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	39 216 $	86 510 $

5. Emprunt bancaire - Enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements

L'Agence est autorisée a emprunter sous forme d'emprunts temporaires afin de pourvoir aux paiements des dépenses effectuées par les établissements publics dans le cadre des enveloppes décentralisées. L'agence dispose d'autorisations d'emprunts pour des montants totalisant 36 604 656 $ dont un montant de 11 739 034 $ était utilisé au 31 mars 2010.

Pour réaliser ces emprunts temporaires, l'Agence dispose d'une marge de crédit d'appoint autorisée de 100 000 $ portant intérêt au taux préférentiel du prêteur moins 1,1 % (1,15 % au 31 mars 2010) afin de financer la portion de l'encours des emprunts inférieure à 100 000 $.

De plus, l'Agence dispose d'autorisations d'emprunts à court terme par voie d'acceptations bancaires. Ces emprunts portent intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,3 % (0,74 % au 31 mars 2010) afin de financer la portion de l'encours des emprunts excédant 100 000 $.

6. Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

6. Dette à long terme (suite)

	2010	2009
Marge de crédit d'un montant autorisé qui évolue en fonction des autorisations ministérielles, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois plus 0,5 % (0,49%; 0,95% en 2009)	86 813 $	53 894 $
Marge de crédit d'un montant autorisé de 36 000 000 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois plus 0,3 % (0,74 %; 0,95 % en 2009), venant à échéance le 31 mars 2023	60 339 $	3 188 807 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital plus les intérêts au taux variant de 3,2079 % et 9,82 %, payable semestriellement et échéant à différentes dates jusqu'au 31 mars 2023	28 206 811 $	27 293 086 $
	28 353 963 $	30 535 787 $

Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2011	4 263 399 $
2012	7 697 851
2013	2 130 153
2014	2 560 488
2015	2 407 619
	19 059 510 $

7. Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 31 mars 2010, le taux de cotisation pour le RREGOP est de 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 10,54 %.

8. Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 17 avril 2013 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2010 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 337 396 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2011	337 391 $
2012	55 464
2013	46 778
	439 633 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2011	785 000 $
2012	710 000
2013	660 000
2014	562 500
2015	562 500
	3 280 000 $

9. Engagements budgétaires

Engagements au niveau des fonds affectés et des activités régionalisées

La direction s'est engagée à verser certaines sommes d'argent à des établissements, organismes ou projets qui n'étaient pas versées ni comptabilisées au 31 mars 2010. Voici le détail par fonds de ces montants :

Activités régionalisées - budget 7910-01 - Technocentre régional	
Projets SIGDU :	
- CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	10 380 $
Projets TD Synergie :	
- CSSS du Lac-Témiscamingue	7 644
- CSSS de Rouyn-Noranda	16 409
- CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	2 656
- CSSS des Aurores-Boréales	8 481
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	17 921
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	19 466
Projets SARDM :	
- CSSS de Rouyn-Noranda	4 378
- CSSS des Aurores-Boréales	30 000
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	22 634
Projet Index ADT :	
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	4 240
	144 209 $

10 Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles.

Situation financière des établissements

Budget net de fonctionnement

L'exercice financier 2009-2010 s'est soldé par un déficit régional de 922 027 $. Deux CSSS présentent des déficits. Pour l'un d'entre eux, le recours à son avoir propre permet de régler la situation. Pour l'autre, un retour à l'équilibre budgétaire devra être planifié dans la préparation de son budget 2010-2011.

Tableau 32

ÉTABLISSEMENTS	Budget net de fonctionnement		Excédent (déficit) du Fonds d'exploitation	
	2009-2010 $	2008-2009 $	2009-2010 $	2008-2009 $
CSSS				
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	51 124 455	48 870 338	235 673	256 097
CSSS des Aurores-Boréales	42 413 728	40 959 168	7 168	25 255
CSSS de Rouyn-Noranda	67 099 530	64 347 540	85 758	(981 306)
CSSS de la Vallée-de-l'Or	72 485 697	69 439 107	(1 626 130)	(283 864)
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	6 411 005	6 132 923	(51 253)	(22 316)
CSSS du Lac-Témiscamingue	25 326 833	24 261 409	4 158	9 373
SOUS-TOTAL	**264 861 248**	**254 010 485**	**(1 344 626)**	**(996 761)**
CRPDI - CRPDP - CRPAT				
CRDI Clair Foyer	18 130 200	17 893 937	62 491	31 354
CR La Maison	10 409 219	10 296 519	125 156	89 707
Centre Normand	2 539 325	2 499 643	63 223	70 867
SOUS-TOTAL	**31 078 744**	**30 690 099**	**250 870**	**191 928**
CPEJ - CRJDA				
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	22 544 105	21 951 907	171 729	224 958
SOUS-TOTAL	**22 544 105**	**21 951 907**	**171 729**	**224 958**
TOTAL RÉGIONAL	**318 484 097**	**306 652 491**	**(922 027)**	**(579 875)**

* Avant l'analyse financière 2009-2010.

Autorisation d'emprunt temporaire accordée

En décembre 2007, des modifications ont été apportées à la Loi sur l'administration financière afin de prévoir, pour les organismes assujettis à l'application du chapitre VIII de cette loi, des modalités d'exercice de leur pouvoir d'emprunter, d'effectuer des placements, de prendre certains engagements financiers et de conclure des produits dérivés.

Le réseau de la santé et des services sociaux est visé par ces nouvelles dispositions. Les modifications sont en vigueur depuis le 15 décembre 2008 alors que celles concernant les engagements financiers le sont depuis le 6 novembre 2008. Le pouvoir d'emprunt des établissements publics est encadré par l'article 296 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'article 13 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux et l'article 77.1 sur l'administration financière.

Les ajouts à la loi font en sorte que l'exercice des pouvoirs visés nécessitera dorénavant l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux de même que celle du ministre des Finances. Il est toutefois prévu, par règlement, certains cas où l'autorisation du ministre des Finances n'est pas requise, que le ministre de la Santé et des Services sociaux puisse déléguer à toute personne qu'il désigne le pouvoir de donner les autorisations requises.

Les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses courantes de fonctionnement sont sous la responsabilité entière du ministre. Toute demande d'emprunt est acheminée à l'Agence, le MSSS autorise l'emprunt temporaire. Aucune limite ou plafond n'est considéré pour les dépenses courantes de fonctionnement.

En ce qui concerne les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses d'immobilisation à la charge du fonds d'exploitation, avec des limites clairement définies, l'instance régionale doit obtenir une autorisation ministérielle « ad hoc » avant d'autoriser un établissement à emprunter.

Tableau 33

Nature des dépenses	$	%
Dépenses courantes de fonctionnement	0	0
Dépenses en immobilisation	2 435 422 $	0,7
Total régional	2 435 422 $	0,7

Subventions aux *organismes communautaires*

Tableau 34
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2010

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2009-2010 $	2008-2009 $	2009-2010 $	2008-2009 $
ACCÈS LOGIS				
Résidences Témiscaming			11 154	11 000
Table concertation personnes âgées Témis.			18 252	18 000
Sous-total	**0**	**0**	**29 406**	**29 000**
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES				
Accueil Giboulée Harvey-Bibeau	192 081	180 399	50 000	51 100
Maison du Compagnon La Sarre	140 741	129 776		
Maison du Soleil levant de Rouyn-Noranda	181 806	165 267	21 907	
Manoir du chemin pour la sobriété	26 754	26 380	2 200	
Piaule de Val-d'Or inc.	143 574	122 569		15 000
Unité Domrémy de La Sarre	5 731	5 651		
Unité Domrémy de Val-d'Or	60 653	54 806		24 706
Sous-total	**751 340**	**684 848**	**74 107**	**90 806**
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE				
Arrimage jeunesse			105 922	90 638
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Abitibi-Ouest	20 031	19 751		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Rouyn-Noranda	15 759	15 539		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Val-d'Or	16 390	16 161	4 000	3 000
Centre ressources jeunesse A-T			96 057	114 836
Conseil territorial de la jeunesse Abitibi-Est			10 000	51 660
Espace Val-d'Or	124 053	122 321		
Groupe IO			50 125	49 425
Interlocal jeunes Rouyn-Noranda			5 946	41 235
Mobilisation espoir jeunesse			29 040	91 530
Notre-Dame-du-Nord en santé			91 085	89 898
Projet jeunesse St-Michel	30 170	29 749		
Sous-total	**206 403**	**203 521**	**392 175**	**532 222**
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)				
Assaut sexuel secours inc.	236 378	233 077	2 541	415
CALACS-Abitibi (Centre aide/lutte agressions sexuelles)	123 353	101 910		91
CAPACS Abitibi-Ouest (Centre aide/prévention agressions sexuelles)	122 838	101 402		500
Point d'appui	237 018	233 708		4 250
Sous-total	**719 587**	**670 097**	**2 541**	**5 256**
CENTRES D'ACTIONS BÉNÉVOLES				
Centre de bénévolat Rouyn-Noranda	115 320	111 710		
Centre de bénévolat Val-d'Or	87 810	86 584	22 548	22 233
Centre de bénévolat Lac-Témiscamingue	42 812	42 214		
Centre d'action bénévole l'amicale (centre bénévolat La Sarre)	51 679	47 457		
Sous-total	**297 621**	**287 965**	**22 548**	**22 233**
CENTRES DE FEMMES				
Centre de femmes l'Érige	171 885	169 485		
Collectif féministe	172 054	169 652		
Comité de la condition féminine	172 001	169 599	11 730	
Sous-total	**515 940**	**508 736**	**11 730**	**0**
COMMUNAUTÉS CULTURELLES				
Conseil de bande de Kitcisakik				2 000
Sous-total	**0**	**0**	**0**	**2 000**
CONCERTATION RÉGIONALE				
CROC-AT	78 256	77 163	5 260	1 050
Sous-total	**78 256**	**77 163**	**5 260**	**1 050**

Tableau 34
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2010 (suite)

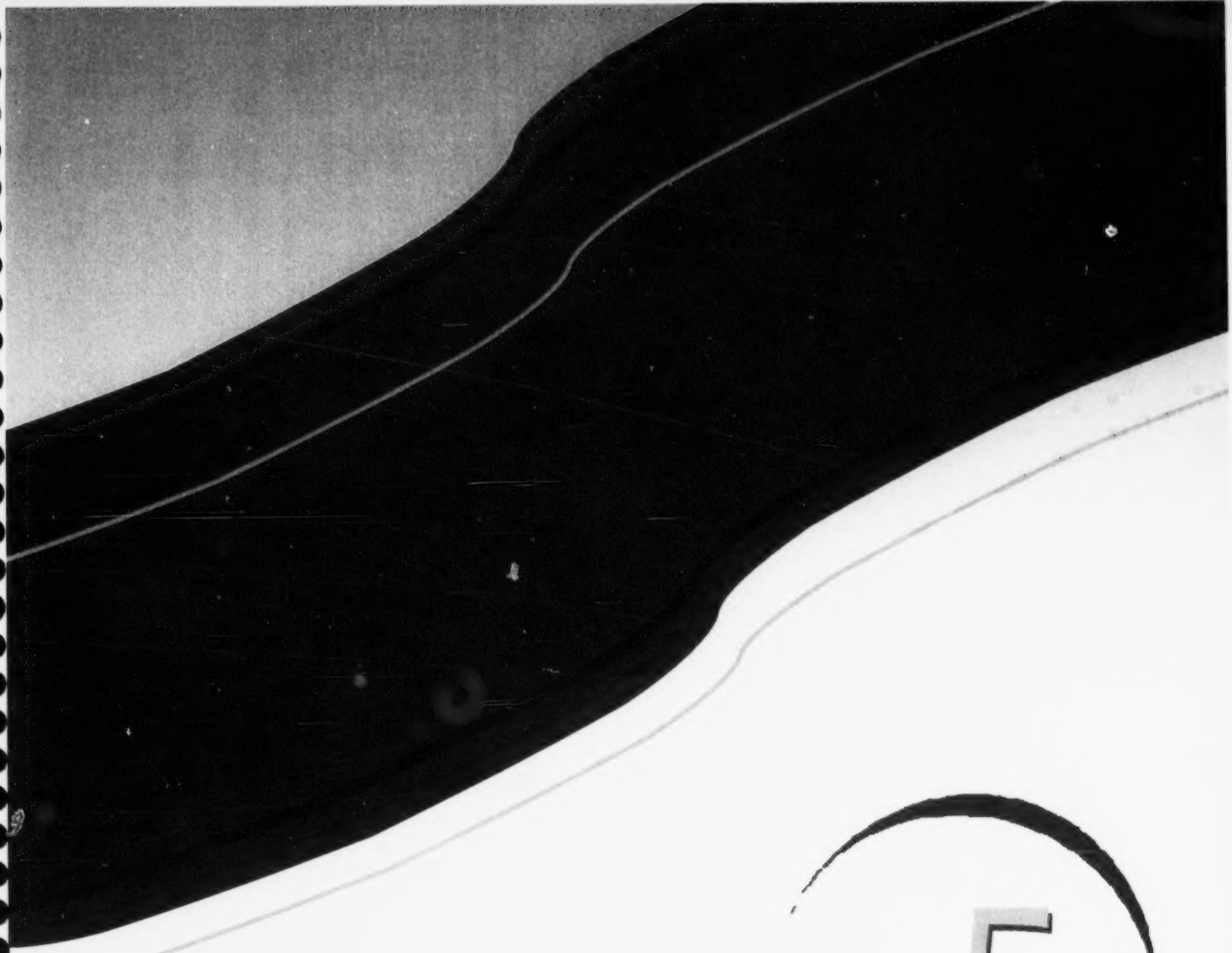
ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2009-2010 $	2008-2009 $	2009-2010 $	2008-2009 $
FAMILLE				
CPE Canelle et Pruneau			4 212	3 562
CPE chez Caliméro			773	
CPE Fleur et miel			2 787	4 046
Ligue La Lèche			13 275	17 700
Maison de la famille Amos			20 524	21 349
Maison de la famille La Sarre			21 987	22 284
Maison de la famille Malartic			5 432	7 579
Maison de la famille Rouyn-Noranda			44 350	38 342
Maison de la famille Senneterre			5 954	8 399
Maison de la famille de Val-d'Or			24 499	24 777
Pour tous les bouts de Chou			11 145	9 589
Sous-total	**0**	**0**	**154 938**	**157 627**
HOMMES EN DIFFICULTÉ				
Groupe Image du Témiscamingue	116 506	110 879	20 000	
SATAS (Service d'aide et de traitement en apprentissage social)	87 766	83 041	106	
Sous-total	**204 272**	**193 920**	**20 106**	**0**
MAINTIEN À DOMICILE				
Ass. QC défense des droits personnes retraitées Rouyn-Noranda				1 000
Bénévoles de Belcourt	4 329	4 269		
Bénévoles de Champneuf	5 447	5 371		
Bénévoles de Lamorandière	6 849	6 753		
Centre des bénévoles Uni-Joie	6 636	6 543		
Club de l'âge d'or de Ville-Marie	673	664		
Club de l'âge d'or de Vassan	3 712	3 660		
Comité bénévole Papillons dorés	4 646	4 581		
Comité bénévole Santé et Joie	6 782	6 687		
Comité bénévole Tournesol	3 957	3 902	2 000	
Comité de bénévoles de Rochebaucourt	5 698	5 618		
Comité de bénévoles Les Glaneurs	3 297	3 251		
Comité de bénévoles Landrienne	3 341	3 294		
Comité Main dans la main, La Corne	2 028	2 000		
Corporation Alliance des générations	6 369	6 280		
Corporation Soutien-Accueil d'Amos	1 391	5 565		
Coup de pouce communautaire Malartic	16 697	16 464		
Domaine de l'Hirondelle	7 803	7 694		
Entraide de quartier Le Point d'eau	31 298	30 861		
Groupe d'actions bénévoles Abitibi-Ouest	41 863	41 278		
Groupe de service d'entraide secteur Est du Témiscamingue	2 481	2 446		
Indépendance 65 +	15 759	11 773	4 911	5 418
Popote roulante d'Amos	7 992	7 880		
Popote roulante de Val-d'Or	14 764	14 558		
Regroupement des personnes aidantes naturelles Rouyn-Noranda	13 935	13 740		
Table de concertation pers. âgées du Témiscamingue	49 063	48 373		
Sous-total	**266 810**	**263 505**	**6 911**	**6 418**
MAISON D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE				
Alternative pour elles	708 749	698 853		
Maison Mikana	604 335	595 896	12 000	223
Maison d'hébergement l'Équinoxe	541 556	533 994	15 750	
Maison d'hébergement Le Nid	625 142	616 413	106	106
Sous-total	**2 479 782**	**2 445 156**	**27 856**	**329**

Tableau 34
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2010 (suite)

Organismes	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2009-2010 $	2008-2009 $	2009-2010 $	2008-2009 $
Maisons de jeunes				
Campus Jeunesse de Cadillac	38 040	29 436		8 027
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			94 050	90 962
Jeunesse Action Val-d'Or inc.	85 710	78 848	3 000	5 628
Liaison 12-18 inc.	74 499	71 320		2 128
Maison des jeunes Le Kao de Barraute	48 781	36 527	2 200	13 027
Maison des jeunes du Témiscamingue	78 555	75 319	11 147	25 773
Maison des jeunes F.R.A.D. inc.	58 774	52 288		5 628
Maison des jeunes de La Sarre	75 792	72 595	29 817	81 937
Refuge jeunesse Malartic inc.	76 430	70 224		2 128
Soupape Maison des jeunes inc.	81 862	78 580		2 128
Sous-total	**618 443**	**565 137**	**140 214**	**237 366**
Mesure de rechange				
Liaison justice	513 356	506 188		
Sous-total	**513 356**	**506 188**	**0**	**0**
Multiclientèles				
Corporation de développement communautaire Universeau	18 592	18 332	6 300	
Mouvement relève d'Amos			50 548	49 842
ORDET	81 331	80 195	310	
Sous-total	**99 923**	**98 527**	**57 158**	**49 842**
Personnes démunies				
Association Place au soleil	5 663	5 584		
Centre Bernard-Harnel	49 240	48 552		
Fraternité St-Michel	22 050	19 742		
Maison St-André Abitibi-Ouest	38 246	37 712		
Regroup. d'entraide sociale du Témiscamingue	50 322	49 620	12 288	14 730
Sous-total	**165 521**	**161 210**	**12 288**	**14 730**
Personnes handicapées				
Actia	54 581	35 247	4 721	6 000
Aile brisée (L)	34 474	21 452	9 611	10 840
Arche d'Amos	279 614	217 386	25 615	25 615
Ass. de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue	48 824	19 090	12 030	14 305
Ass. personnes handicapées visuelles			2 028	2 000
Ass. intégration sociale	118 054	62 971	15 220	15 010
Ass. Qc enfants dysphasiques (audimuets)	5 731	5 651		
Ass. Qc enfants problèmes auditifs (AQEPA)	6 577	6 485		
Ass. sourds et malentendants		6 659		
Ass. voir sans voir	10 472	10 326		
Centre de jour Les Intrépides	147 931	37 191	12 825	7 791
Centre La Mésange	19 131	13 350	5 808	6 051
Centre d'intégration physique l'Envol	64 340	27 456		
Club A.C.V. Rouyn-Noranda inc.	10 132	9 991		
Club de l'amitié des handicapés d'Abitibi-Ouest	127 623	38 728	13 165	13 530
Club des handicapés de Val-d'Or	101 056	26 958	18 640	17 440
Corporation de répit-dépannage La Chrysalide	109 129	70 764	13 165	11 297
Parrainage civique de l'A-T	8 819	8 696	33 018	24 400
Pilier (Le)	38 905	32 862	800	500
Personnes hand. Amos-région (Regroup. des associations services aux personnes handicapées Amos)	63 421	33 746	500	2 100
Réseau intégration à l'emploi A-T			4 531	4 468
Ressource d'aide et service aux personnes handicapées AT et Nord Qc	11 475	11 316	658 604	584 062
Société autisme et autres troubles de l'Abitibi-Témiscamingue	137 589	135 668		
Table action travail du Témiscamingue				2 000
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	52 018	32 237	2 500	2 500
Sous-total	**1 449 896**	**864 230**	**832 781**	**749 909**

Tableau 34
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2010 (suite)

Organismes	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2009-2010 $	2008-2009 $	2009-2010 $	2008-2009 $
Santé mentale				
Appartements communautaires Le Pont	5 558	5 480		
Bouée d'espoir (Le Relais)	73 374	72 349		
Centre de prévention suicide d'Amos	68 912	80 985	4 116	1 145
Centre de prévention suicide du Témiscamingue	44 119	42 503	2 866	383
Centre de prévention suicide de Rouyn-Noranda	100 401	93 999	6 664	67
Centre de prévention suicide de Malartic	25 837	23 976	686	441
Centre de prévention suicide de Senneterre	22 907	21 087	5 584	307
Centre de prévention suicide de Val-d'Or	77 654	71 570	5 832	1 127
Chaumière (La)	138 208	136 278		1 000
Comité local prévention suicide Abitibi-Ouest	56 989	53 193	3 552	353
Entretoise du Témiscamingue	116 516	111 889		1 500
Équipe La Petite Rencontre	145 403	143 373	25 760	25 400
Accueil Giboulée Harvey Bibeau	104 987	103 521	31 347	24 840
Groupe en toute amitié de Senneterre	10 791	10 640		
Groupe Soleil	133 486	131 622	85 856	84 657
Ligne intervention téléphonique du suicide A-T (centre régional)	251 801	248 285		
Maison 4 saisons du Témiscamingue	133 951	129 081		
Pont (Le) de Rouyn-Noranda	188 353	185 723	19 043	18 777
Portail (Le)(Ass. parents et amis du malade mental)	77 773	76 687		
RAIDD-AT (Res.aide & inf.déf.droits A-T)			69 770	68 796
Rescousse (La)	73 434	72 409	7 785	13 638
Résidence des Saules		21 907		
TCROCASMAT			25 592	25 235
Trait Union (Le)	216 218	213 199	46 999	46 342
Valpabem	78 008	76 919		
Sous-total	**2 144 680**	**2 126 675**	**341 452**	**314 008**
Santé physique				
Albatros 08 inc.	18 356	18 100		
Amis de l'Envol	4 459	4 397		
Arc-en-soi de La Sarre	5 148	5 076		
Association de la fibromyalgie	21 216	20 920	350	
Association des diabétiques du Témiscamingue	5 017	4 947		
Association diabète de Rouyn-Noranda	6 408	6 319		
Association épilepsie A-T	4 057	2 000		
Diabète Val-d'Or	3 043	2 000		
Lueur du phare	2 005	1 977		
Parkinson A-T			680	
Société Alzheimer de Rouyn-Noranda	24 338	23 998	500	
Société Alzheimer de Val-d'Or	27 773	27 385		500
Société sclérose en plaques A-T	24 059	23 723		
Sous-total	**145 879**	**140 842**	**1 530**	**500**
Sida				
Centre des ROSÉS de l'A-T	53 989	53 235		
Sous-total	**53 989**	**53 235**	**0**	**00**
TOTAL	**10 711 698**	**9 850 955**	**2 133 001**	**2 213 296**



5

Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

5 Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de toute agence est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie.

Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

Les formulaires de *Déclaration des intérêts des administrateurs publics » et « Engagement personnel* ont été complétés et signés par tous les membres du conseil d'administration de l'Agence, sans exception.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

Introduction

La présente section indique les principes d'éthique devant guider les administrateurs publics de l'Agence (ci-après nommé l'administrateur ou les administrateurs). Le terme « administrateurs publics » vise les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après appelée « la loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics. Ils sont formulés en regard des membres de conseil d'administration d'une agence (article 406).

> « Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait, en pareilles circonstances, une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'agence et de la population de la région pour laquelle l'agence est instituée. »

D'autre part, *le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics*, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1977, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> « Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens. »

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. C. S-4.2), tel qu'amendée par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q. 2001, ch. 24), le conseil d'administration de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population;
- définir les politiques et orientations;
- allouer les ressources;
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions.

La nomination par le gouvernement des membres du conseil d'administration fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (ci-après, le Règlement), lequel Règlement a pour objet (article 1) :

> «... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et des entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrateurs et les administrateurs publics. »

Le code d'éthique exprime la volonté de l'ensemble des administrateurs d'avoir des comportements au-dessus de tout soupçon et cohérents avec les obligations de dépositaires de fonds publics.

Déclaration de principe

Attendu que les administrateurs identifient les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs de l'Agence s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auxquels ils seront appelés à participer :

- primauté des intérêts de la population à desservir;
- équité dans la distribution des ressources dans la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, l'administrateur agit selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

Objectif du code d'éthique

Le présent code d'éthique a pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes concernées connaissent les règles que l'organisation leur indique de suivre, pour qu'il y ait, non seulement apparence, mais aussi évidence d'honnêteté, de transparence et absence de bénéfice personnel dans leurs activités à l'Agence.

Personnes concernées par le code d'éthique

Ce code d'éthique s'applique exclusivement aux membres du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique de l'Agence, puisqu'ils ont été nommés par le gouvernement.

Devoirs et obligations

- L'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances, une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- L'administrateur s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- L'administrateur s'engage à rendre ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- L'administrateur s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration ou à défaut, il motive son absence.
- L'administrateur s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- L'administrateur s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- L'administrateur s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.
- L'administrateur s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- L'administrateur s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités

- L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- L'administrateur prévient tout conflit d'intérêts, de rôles et de responsabilités et évite de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions.
- L'administrateur ne recherche pas, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.
- De plus, l'administrateur ne confond pas les biens de l'organisme avec les siens et ne les utilise pas à son profit ou au profit d'un tiers.
- Le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.
- Le fait d'être un membre du conseil d'administration de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil d'administration dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration.
- L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Déclaration d'intérêt

Compte tenu des règles énoncées sur les conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités, l'administrateur s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la loi dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

> ***Article 154***
> *Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre, doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.*
>
> *Le fait, pour un membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).*

- L'administrateur dépose annuellement devant le conseil d'administration une déclaration d'intérêt (annexe I) écrite, mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, l'administrateur a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

Activités politiques

- Lorsqu'un administrateur est désigné comme porte-parole de l'Agence, il fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.
- Le président ou la présidente du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.
- La personne élue à la présidence du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01) précisent alors les règles applicables à sa situation.

Règles relatives aux assemblées

- Le membre du conseil d'administration respecte les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la personne qui préside dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- Le membre du conseil d'administration respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
- Le membre du conseil d'administration respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.
- Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- Le membre du conseil d'administration peut, s'il le désire, faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- Le membre du conseil d'administration évite de ternir la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

L'administrateur ne sollicite pas, n'accepte pas et n'exige pas d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou

considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

- Le président-directeur général et le directeur de santé publique ne peuvent recevoir, en outre de leur rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

- Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

- Le membre du conseil d'administration témoigne de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

Mécanisme d'application et de respect du code

- Le président ou la présidente du conseil d'administration s'assure du respect des principes d'éthique par les administrateurs.

- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'engagement personnel (annexe II).

- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration complète, signe et remet une déclaration qui apparaît à l'annexe I du présent code et elle amende cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique, en saisit le président ou la présidente du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, le vice-président ou la vice-présidente du conseil d'administration.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration consulte le comité d'éthique afin de déterminer s'il y a eu manquement au code d'éthique ou, pour l'aider dans sa décision, d'en saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un administrateur, pouvant entraîner une sanction disciplinaire, avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

- Ce comité est consultatif au président ou à la présidente du conseil d'administration à qui la décision finale appartient. Le comité est composé de trois membres du conseil d'administration, excluant les officiers. Il décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

- Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé, responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Enquête et immunité

- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

- Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

Publicité du code d'éthique

- L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

- L'Agence publie dans son rapport annuel de gestion, le code d'éthique des administrateurs.

- Le rapport annuel de gestion de l'Agence fait état :
  a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
  b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
  c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leur charge.

Déclaration des intérêts des administrateurs publics
Code d'éthique

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence ou qui sont susceptibles d'en faire.

   _____
   _____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence ou qui est susceptible de le devenir.

   _____
   _____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :

   _____
   _____
   _____
   _____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____	_____
Prénom et nom	Signée à
_____	_____
Signature de l'administrateur	Jour / mois / année

Engagement personnel
Code d'éthique

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

• • •

Je, _____, administrateur à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, ai pris connaissance du Code d'éthique des administrateurs

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____ _____

Signature Date